

SCUOLA POST - UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA
SPERIMENTALE
CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO - SPERIMENTALE
C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2013

Titolo tesi

ASPETTI PSICOLOGICI DELL'IPNOTIZZABILITÀ.

Una ricerca sull'Hypnotic Induction Profile.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF HYPNOTIZABILITY.

A study for the Hypnotic Induction Profile.

Candidata

Mary Manarin

Relatore

Dott. Enrico Facco

INDICE

Introduzione	7
1 Cenni storici ed etimologia dell'ipnosi	11
1.1 Le origini dell'ipnosi.....	11
1.1.1 Periodo mistico	11
1.1.2 Periodo magnetico.....	12
1.1.3 Periodo psicologico.....	13
1.1.4 Periodo fisiologico	14
1.1.5 Periodo moderno	15
1.2 Etimologia.....	16
2 Definizione, forme e indicazioni terapeutiche dell'ipnosi	17
2.1 Definizione.....	17
2.1.1 Rapporto tra ipnotista e soggetto.....	19
2.1.2 Componenti della condizione ipnotica.....	21
2.2 Forme di ipnosi	22
2.2.1 Ipnosi spontanee.....	22
2.2.2 Ipnosi su contratto	23
2.2.3 Ipnosi leggera.....	23
2.2.4 Ipnosi profonda	23
2.3 Indicazioni terapeutiche dell'ipnosi.....	24

3	Ipnottizzabilità e suggestione	27
3.1	Definizione di ipnotizzabilità	27
3.1.1	Correlati dell'ipnotizzabilità	30
3.1.2	Correlazione tra ipnotizzabilità e dissociazione	31
3.2	Definizione di suggestione	32
3.2.1	Correlazione tra suggestionabilità e dissociazione	34
4	Scale di ipnotizzabilità	37
4.1	Definizione, origini e classificazioni	37
4.2	Scale di ipnotizzabilità in uso	41
4.2.1	Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility	41
4.2.2	Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility	46
4.2.3	Barber Suggestibility Scale	47
4.2.4	Hypnotic Induction Profile	47
4.3	Limiti delle scale di ipnotizzabilità	53
5	Ricerca e metodologia	55
5.1	Presentazione del progetto di ricerca e ipotesi	55
5.1.1	Campione	56
5.2	Metodologia	66
5.2.1	TAS: Tellegan Absorption Scale	67
5.2.2	SAI-R: Spontaneity Assessment Inventory-Revised	68
5.2.3	IRI: Interpersonal Reactivity Index	69

5.2.4 DES: Dissociative Experiences Scale	71
5.2.5 The short-form Boundary questionnaire	73
5.2.6 Mini Locus of Control.....	74
5.2.7 TDRS: Testoni Death Representation Scale.....	76
5.2.8 HIP: Hypnotic Induction Profile	77
6 Risultati e discussione.....	79
6.1 Risultati	79
6.1.1 Statistiche descrittive	79
6.1.2 Correlazioni.....	85
6.2 Discussione	100
Conclusioni.....	107
Bibliografia.....	109
Allegati.....	121
Ringraziamenti	137

INTRODUZIONE

L'ipnotizzabilità consiste nella capacità del soggetto di rispondere alle tecniche ipnotiche. Per misurarla sono presenti diverse scale, le quali però necessitano di sottoporre il soggetto a una sessione di ipnosi standardizzata e la maggior parte di esse risultano essere piuttosto lunghe, complesse e non maneggevoli.

La letteratura mette in risalto le correlazioni tra l'ipnotizzabilità e alcuni aspetti psicologici del soggetto. Il presente studio ha l'obiettivo di approfondire questi aspetti, cercarne altri possibilmente validi e individuare le correlazioni esistenti con l'ipnotizzabilità. Lo scopo finale è quello di permettere, in studi successivi, di definire il complesso di aspetti psicologici che caratterizzano l'ipnotizzabilità del soggetto e di progettare un test di autocompilazione affidabile, rapido e maneggevole, in grado di testare l'ipnotizzabilità del soggetto attraverso i suoi tratti psicologici; ciò renderebbe la stima dell'ipnotizzabilità molto più agevole e contribuirebbe a migliorarne la gestione.

Il presente elaborato prevede una suddivisione in sei capitoli: il primo descrive le origini dell'ipnosi, esplorandone i diversi periodi e i maggiori esponenti; il secondo cerca di dare una definizione dell'ipnosi, precisandone le forme e le possibili indicazioni terapeutiche; il terzo riporta una panoramica della letteratura sul significato dell'ipnotizzabilità e sui suoi correlati; il quarto definisce le scale di ipnotizzabilità, esponendo quelle attualmente in uso; il quinto è dedicato alla presentazione del progetto di ricerca e approfondimento degli strumenti utilizzati; infine, il sesto capitolo specifica i risultati ottenuti dalla ricerca, analizzandone e discutendone ogni aspetto rilevante.

*“L’anima e il corpo si addormentano insieme;
man mano che il flusso del sangue si calma,
un dolce sentimento di pace si diffonde.”*
(De La Mettrie, 1968)

*“Dentro di noi, possediamo tutte le risorse di cui
abbiamo bisogno per far fronte alle nostre sfide
evolutive.”*
(Erickson, 1983)

“Io sono nel mondo che è dentro di me.”
(Morin, 1983)

CAPITOLO 1: CENNI STORICI ED ETIMOLOGIA DELL'IPNOSI

1.1 Le origini dell'ipnosi

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici e il rapporto operatore-soggetto. Per monoideismo plastico si intende la capacità creativa che ha un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni percettive, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine e immunitarie. Il rapporto operatore-soggetto è definito come “rapport” per indicare la forte relazione di tipo psicoanalitico che intercorre tra il medico e il paziente, caratterizzata da transfert e controtransfert (Lapenta, 1986).

L'ipnosi rappresenta la più antica concezione occidentale di psicoterapia e un potente mezzo di alterazione del dolore, dell'ansia e di varie funzioni somatiche, anche in situazioni altamente stressanti come ad esempio durante interventi chirurgici (Spiegel, 2012).

L'utilizzo dell'ipnosi è antichissimo e origina dalla natura stessa dell'uomo. Esso può essere distinto in cinque diversi periodi: mistico, magnetico, psicologico, fisiologico e moderno.

1.1.1 Periodo mistico. In questo primo periodo, l'ipnosi era impiegata come supporto ai riti magici e religiosi, attraverso la creazione di uno stato di coscienza alterato; questo si rivelava utile per aumentare il benessere del soggetto, favorire lo

sviluppo di nuove modalità di pensiero e, principalmente, per guarire i malati.

I primi reperti che testimoniano l'utilizzo dell'ipnosi in questo contesto sono di provenienza greca ed egiziana; all'epoca, i malati erano invitati a dormire nel recinto del tempio di Asclepio, dio della medicina (nell'isola di Kos-Grecia), per cercare nei sogni soluzioni terapeutiche. La prima induzione di ipnosi, invece, è stata ritrovata nella stele di Charles Arthur Musès del regno di Ramses XII, circa 3.000 anni fa, che descrive l'utilizzo dell'ipnosi mediante tecniche vocali.

Questo primo utilizzo dell'ipnosi si conclude verso la seconda metà del '700 con le teorie sul magnetismo elaborate da Franz Anton Mesmer.

1.1.2 Periodo magnetico. Il periodo magnetico si sviluppa in Europa nel XVIII secolo solo grazie agli studi di Franz Anton Mesmer (1734–1815). Il medico tedesco introdusse la teoria del magnetismo animale, secondo la quale, un sottile fluido fisico, chiamato magnetismo animale, abbraccia e penetra ogni organismo vivente, in un delicato equilibrio, che produce un ritmico e perpetuo movimento di flusso. La rottura di questo equilibrio provoca alterazioni e malattie, che possono essere curate con tecniche apposite.

Aspetto cruciale in questo periodo è la scoperta, sempre da parte di Mesmer, dell'importanza della forza del legame terapeutico tra medico e paziente. Da allora i seguaci di questo studioso, iniziarono a valorizzare il rapporto tra medico e paziente, minimizzando l'importanza del fluido magnetico: il periodo magnetico dell'ipnosi si evolve perciò nel periodo psicologico.

1.1.3 Periodo psicologico. Il terzo periodo si focalizza sui processi psicologici che stanno alla base dell'ipnosi. Gli esponenti di questo periodo sono de Faria, Braid, Liébeault e Bernheim, Charcot, Janet, Couè, Freud e Breuer.

È José Custódio de Faria (1755–1819), abate di origine portoghese, il fondatore delle moderne tecniche ipnotiche, definite come rapide. Fu, infatti, il primo a utilizzare suggestioni dirette verbali, sia a scopo terapeutico sia sperimentale. Egli propose per la prima volta il concetto di “sonno lucido”, che sostituiva, a tutti gli effetti, il concetto di magnetismo; de Faria sosteneva, infatti, che la causa dello stato ipnotico risiedeva principalmente nell'immaginazione e nei processi interni della persona che si sottoponeva al trattamento e non a fluidi o poteri esterni come credeva Mesmer.

James Braid (1795–1860), chirurgo scozzese, approfondì questa tesi; egli offrì la prima teoria psicofisiologica dell'ipnosi, introducendo il concetto di monoideismo, ovvero la concentrazione di attenzione verso un singolo oggetto. Braid fu il primo a chiarire con i suoi studi, che il soggetto ipnotizzato non può essere forzato ad agire contro la sua volontà e che la collaborazione tra medico e paziente è fondamentale nella pratica ipnotica (Faliva, 2008). Egli sviluppò, inoltre, una tecnica di induzione ipnotica basata su una fissazione oculare prolungata che permetteva al soggetto di entrare in uno stato di trance o sonno nervoso, chiamato ipnosi (Kihlstrom, 2008).

Inspirati dalla teoria di Braid, Ambroise Auguste Liébeault (1823–1904), un medico di Nancy e Hippolyte Bernheim (1837–1919), famoso neurologo parigino, fondarono la scuola di Nancy che definisce l'ipnosi come un fenomeno psicologico dovuto alla suggestione.

In opposizione a quest'ultima, ci fu la scuola di Jean Martin Charcot (1825–

1893) che considerava l'ipnosi un fenomeno patologico, una nevrosi sperimentale.

Nello stesso periodo, Emile Coué (1857–1926) sottolineò l'importanza del tipo di attenzione che è creata nello spazio ipnotico e come la suggestione vada ad agire sull'immaginazione. Coué sosteneva che le nostre azioni sono originate dall'immaginazione, non dalla volontà, e che ogni sforzo per il cambiamento deve iniziare da lì (Faliva, 2008).

Un altro importante autore fu Pierre Janet (1859–1947), un allievo di Charcot, perfezionò la tecnica per liberare le emozioni rimosse associate ai ricordi traumatici. Secondo Janet, l'ipnosi è uno stato sonnambolico e corrisponde a un'alterazione del normale stato mentale.

In contemporanea a Coué, Sigmund Freud (1856–1939) allievo di Charcot, s'interessò per un certo periodo all'ipnosi, applicandola alla cura dell'isteria; insieme al collega Joseph Breuer, elaborò il metodo catartico che, servendosi dell'ipnosi, acconsentiva ai pazienti isterici di vivere espressamente l'emozione, impedendo così a quest'ultima di cercare altre vie di sfogo nell'organismo, che avrebbero prodotto dei sintomi.

1.1.4 Periodo fisiologico. Il maggior esponente di questo periodo è il fisiologo sovietico Ivan Petrovic Pavlov (1849–1936). Egli diede un importante contributo alla comprensione del funzionamento dei fenomeni ipnotici.

Per Pavlov l'ipnosi rappresenta uno stato di sonno del cervello; egli osservò come nello stato ipnotico la parte del cervello che riceve gli stimoli e controlla gli organi e le loro funzioni, è come “inibita” e conserva solo alcuni “punti vigili” che

restano in attività. Secondo Pavlov, i responsabili di tutti i fenomeni ipnotici sono proprio questi “punti vigili” che, attraverso la suggestione e l’autosuggestione, agiscono sulle cellule corticali facendo sì che alcune di esse passino a uno stato inibitorio, mentre altre, provocano nel cervello un riflesso che conduce a una risposta intensificata (Faliva, 2008).

1.1.5 Periodo moderno. Nonostante le continue prove sperimentali sulla validità e utilità dell’ipnosi, gli ambienti medici non riuscivano ancora a fidarsi di tale approccio. Durante la prima guerra mondiale ci fu un momentaneo ritorno dell’ipnosi come risoluzione di traumi di guerra, ma solo nella seconda metà del XX secolo ci fu una sua più chiara e stabile affermazione (Faliva, 2008).

È a Milton Hyland Erickson (1901–1980), psichiatra e psicoterapeuta americano, che si deve la nascita dell’ipnosi moderna. Secondo lo psichiatra americano l’ipnosi rappresenta un particolare stato di coscienza in cui si può comunicare con l’inconscio del paziente. La sua psicoterapia si basa su una profonda e sensibile interazione col paziente, che mira a conoscere la persona e a creare un rapporto di fiducia tra le due parti coinvolte. L’ipnosi è un lavoro attivo da parte del paziente, in cui il terapeuta ha il solo compito di accompagnare il paziente a trovare, autonomamente, le soluzioni nel proprio inconscio, necessari alla guarigione (Oberhuber, 2000).

Personalità che hanno contribuito a dare all’ipnosi un indiscusso valore scientifico sono Lewis R. Wolberg, Jay Haley, Leon Cherkot, Franco Granone e Harold B. Crasilneck. In particolare, Franco Granone (1911-2000) è ricordato come un importantissimo ipnotista italiano del Novecento.

1.2 Etimologia

L'ipnosi è nota da moltissimo tempo e fenomeni che richiamano il suo uso sono presenti in numerosi riti della maggior parte delle popolazioni.

Il termine "ipnosi" (dal greco "hypnos", sonno) fu coniato da James Braid, uno dei padri dell'ipnosi; all'epoca la scelta del termine fu fatta perché lo stato di trance aveva analogie con quello del sonno.

Braid introdusse il termine "neuro-ipnosi" nel suo saggio *Neuro-iptotismo* (1842), definendolo come "il sonno dei nervi"; in seguito venne abbreviato in ipnosi. Il termine "ipnosi", dal greco Hypnos, risale al 1785 quando James Braid decise di nominare così tale fenomenologia per darle in qualche modo un'interpretazione fisiologica.

In realtà il termine era già presente in letteratura, anche se non così diffuso. Il primo libro che contiene termini con il prefisso hypn- (ipno-) è "*Le magnétisme animal retrouvé dans l'antiquité*" (*Magnetismo animale trovato nell'antichità*). Esso risale al 1821 ed è a opera del Barone Etienne Felix Hénin de Cuvillers (1755–1841), seguace di Mesmer (Gravitz, 1993).

Contrariamente a quanto suggerisce l'etimologia del termine, lo stato nel quale si trova l'ipnotizzato non è il sonno, né una semi-incoscienza; come dimostrano le osservazioni elettroencefalografiche, infatti, il sonno è determinato da una perdita dello stato di consapevolezza del sé e da una ridotta capacità di rispondere alle stimolazioni ambientali, invece l'ipnosi è caratterizzata da uno stato di vigilanza della nostra coscienza, paragonabile a quello sperimentato durante la lettura di un libro, l'ascolto di un concerto o la visione di un film.

CAPITOLO 2: DEFINIZIONE, FORME E INDICAZIONI TERAPEUTICHE DELL'IPNOSI

2.1 Definizione

L'ipnosi è un fenomeno psicosomatico che coinvolge la dimensione fisica, psicologica e comportamentale del soggetto. Attraverso tale fenomeno, è, infatti, possibile accedere alla dimensione inconscia ed emotiva del soggetto. Essa rappresenta la trasformazione degli stati mentali, focalizzazione dell'attenzione, ristrutturazione della comprensione di un problema, alterazione della percezione del dolore e gestione dello stress. Si tratta di una capacità di restringimento del focus della concentrazione tale da permettere una dissociazione tra ciò che è consapevole e ciò che non lo è.

L'ipnosi è anche definita come una mobilitazione, un richiamo delle capacità ipnotiche della persona: ciò significa che l'induzione ipnotica è in realtà l'occasione per utilizzare e valutare l'abilità del soggetto di mobilitare lo stato ipnotico. La capacità di entrare nello stato ipnotico è codificata nel nostro cervello per il motivo che essa non è un'abilità che una persona sviluppa per un'altra, bensì un'abilità che la persona è in grado di identificare e insegnare a un'altra. Tale prospettiva è rafforzata dall'uso delle scale di ipnotizzabilità in ambito clinico (Spiegel, 2012).

La persona desidera dunque raggiungere lo stato ipnotico mentre l'ipnotizzatore s'impegna a trovare i modi idonei per conseguirlo (Blohm, 2005). Nello stato di trance emerge una capacità mentale di tipo onirico, cioè non costretta a seguire pattern di funzionamento esclusivamente logico razionale induttivo; attraverso la stimolazione dell'attività immaginativo-creativa suggerita dal terapeuta, il soggetto può sperimentare

modificazioni fisiologiche e comportamentali. Nella trance ipnotica il soggetto ha accesso volontariamente, anche se in modo inconsapevole, a circuiti fisiologici normalmente automatici. L'ipnosi può essere descritta come un metodo di fissazione e spostamento dell'attenzione, che permette di uscire da schemi cognitivi ed emotivi prefissati per poter trovare soluzioni più funzionali e creative (Molinari & Castelnuovo, 2010).

Diffusa è la concezione erronea di ipnosi come perdita di controllo e forzatura della volontà; al contrario, l'ipnosi è l'occasione per aumentare il controllo sullo stress, dolore, tensione muscolare, percezione, ricordi, spostamenti tra gli stati mentali e sulle emozioni (Spiegel, 2012). E' utile precisare che nello stato di ipnosi, la volontà del paziente non viene in alcun modo annullata, ma selettivamente focalizzata su ciò che viene comunicato dall'ipnotizzatore e anche nello stato più profondo, c'è sempre una parte vigile della coscienza (Regaldo, 2011).

Il termine ipnosi è spesso associato, erroneamente, allo stato di sonno; come confermato dai test clinici eseguiti con elettroencefalogramma e tecniche di neuroimaging, lo stato di ipnosi non ha nulla a che fare con il sonno. Pur manifestando generalmente, una maggiore rilassatezza, durante la trance ipnotica il soggetto risulta essere molto più vigile che nello stato di veglia: la sua attenzione è concentrata sul rapporto con l'ipnotista (Erickson, 1983).

Altre definizioni errate che spesso sono associate all'ipnosi sono quelle di magia e parapsicologia, dovuta a particolari fluidi o poteri poiché chiunque può indurre ipnosi in chiunque voglia essere ipnotizzato, siero della verità giacché il paziente riferisce solo quanto è suo desiderio riferire, succubanza della volontà in quanto non è possibile far

commettere al paziente atti non conformi alla propria morale e al proprio superego, forzatura di volontà, trucco, gioco di prestigio e suggestione intesa come accettazione acritica dell'idea dell'altro che non corrisponde invece con la definizione dell'ipnosi che si avvicina molto di più al concetto di persuasione, cioè all'accettazione critica dell'idea di un altro (Lapenta, 1986).

In letteratura sono presenti varie definizioni di ipnosi e talvolta differiscono tra loro secondo i diversi autori, ma sostanzialmente tutte dicono la stessa cosa, anche se descritta in termini diversi.

La definizione che meglio esprime il fenomeno di ipnosi, è quella di Franco Granone, fondatore del Centro Italiano di Ipnosi Clinico Sperimentale C.I.I.C.S. di Torino.

Nel suo Trattato di ipnosi, Granone distingue l'ipnotismo dall'ipnosi:

«S'intende per ipnotismo la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psicofisiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore» mentre per ipnosi *«la semplice sintomatologia ipnotica, come sindrome a se stante e, avulsa in certo qual modo, dall'operatore»* (Granone 1980, p. 3).

Con ipnotismo s'intende perciò la metodica e le tecniche impiegate dall'ipnotizzatore per realizzare l'ipnosi, mentre con ipnosi ci si riferisce a uno stato particolare, psicofisiologico del soggetto, provocato per mezzo dell'ipnotista.

2.1.1 Rapporto tra ipnotista e soggetto. Tale rapporto è fondamentale affinché l'ipnosi avvenga; esso è basato su aspetti di comunicazione indiretta, non verbale e

dinamiche affettive in grado di innescare un'alleanza tra ipnotista e soggetto, intesa come condivisione di attenzione e curiosità reciproca.

L'esclusiva e reciproca relazione in ipnosi giustifica la scelta di una specifica denominazione per questo tipo di relazione: il rapport.

Il rapport è definito da Milton Erickson come *«lo stato in cui il soggetto risponde solo all'ipnotista e sembra incapace di udire, vedere, percepire o rispondere ad alcunché, a meno che non ne riceva l'ordine da lui. In pratica la concentrazione e la consapevolezza del soggetto sono dirette unicamente sull'ipnotista e su quanto l'ipnotista desidera inserire nella situazione di trance, con l'effetto di dissociare il soggetto stesso da ogni altra cosa»* (Erickson 1984, p. 36) caratterizzato cioè da un atteggiamento di empatia e sensibilità da parte del terapeuta e di responsività da parte del paziente, in altre parole di capacità di rispondere e di seguire l'ipnotista.

Lo sviluppo della responsività e del reciproco rapport che si determina tra ipnotista e soggetto costituisce la prova che la trance è un fenomeno relazionale, in cui l'ipnotista partecipa intensamente alla trance del soggetto e mantiene, a sua volta, una focalizzazione selettiva nei suoi confronti.

Il rapport presuppone la possibilità, per il soggetto, di affidarsi al terapeuta e di accettarne suggerimenti ed evocazioni. Esso ha inizio con la fase di induzione e si conclude con quella del riorientamento, entrambi i momenti sono molto significativi; in particolare, l'induzione può essere considerato l'elemento principale della terapia nel caso si presentino soggetti con gravi problemi relazionali, in questo caso, infatti, l'instaurarsi del rapport rappresenta l'obiettivo della terapia. La fase del riorientamento invece determina la qualità del rapport, oltre che la fine della seduta ipnotica. Si può

quindi affermare che questi due momenti simboleggiano l'intero processo terapeutico: il prendersi cura e la separazione (Loriedo, 2002).

Le caratteristiche principali del rapport sono: relazione esclusiva e selettiva tra ipnotista e soggetto, focalizzazione e assorbimento reciproco, aumentata responsività reciproca, sincronismo, sensibilità mutuale da parte di entrambi, prevalenza di attività inconscie congiunte, riduzione delle attività dirette verso la realtà esterna, riduzione bilaterale della consapevolezza periferica, tendenza a sviluppare idee e significati comuni e attentività responsiva reciproca (Ducci, 2000).

Queste caratteristiche implicano una considerevole modificazione dello stato di coscienza dell'ipnotista che induce nel soggetto modificazioni simili. Di conseguenza, lo sviluppo del rapport è fondamentale per ottenere un'ipnosi efficiente.

2.1.2 Componenti della condizione ipnotica. La condizione ipnotica presenta costantemente tre elementi.

Il primo elemento è una condizione di coscienza modificata, ovvero una dissociazione psichica più o meno completa in cui il soggetto prova un'esperienza diversa da quella normale dello stato di veglia. Solitamente tale esperienza viene descritta come benessere, distacco dalla realtà, distorsione temporale, in cui sono presenti dispercezioni, percezioni ed emozioni amplificate e modificazioni della memoria in eccesso o in difetto.

Il secondo elemento è una condizione fisica modificata riguardante la tensione muscolare, ritmo respiratorio e frequenza cardiaca.

Infine, il terzo elemento, indispensabile per poter confermare lo stato di ipnosi, è

la presenza di almeno un fenomeno ipnotico, come ad esempio lievitazione del braccio, intenso rilassamento muscolare, allucinazioni positive e negative (Regaldo, 2011).

2.2 Forme di ipnosi

Le forme di ipnosi maggiormente conosciute sono quella spontanea e quella ottenuta su contratto; inoltre, ci sono altre due forme di ipnosi relative allo stato di ipnosi che il soggetto riesce a raggiungere per mezzo dell'ipnotizzatore: leggera e profonda (Regaldo, 2011).

2.2.1 Ipnosi spontanea. L'ipnosi spontanea ha la peculiarità di svilupparsi e risolversi spontaneamente. Essa è involontaria e si attua automaticamente in condizioni di forti pressioni emotive o necessità psicofisiche.

I fattori che maggiormente incidono a manifestare tale forma di ipnosi sono diversi.

Un primo fattore è la stanchezza mentale. In seguito allo svolgimento di compiti impegnativi che richiedono attenzione e concentrazione, la mente tende a ritirarsi automaticamente dalla realtà e ciò porta il soggetto a fantasticare e a rallentare il ritmo dell'attività.

Un secondo fattore è definito "da assorbimento" in cui il soggetto, fortemente concentrato nella lettura di un libro o nella visione di un film, perde la concezione della realtà e vive uno stato di ipnosi.

Un altro fattore che causa l'ipnosi spontanea è caratterizzato dalla forte preoccupazione o aspettativa che conduce il soggetto a staccarsi dalla realtà e a

concentrarsi ossessivamente su esso.

Un ultimo fattore si riferisce all'evento traumatico che può portare l'individuo a provare sensazioni tipiche dello stato di ipnosi, come tachicardia, tremore, confusione mentale, dispnea, amnesia post traumatica.

2.2.2 Ipnosi su contratto. L'ipnosi su contratto è quella richiesta dal paziente o proposta al paziente dal professionista per affrontare in modo sereno e controllato le procedure mediche dolorose o le diverse difficoltà che vincolano il benessere del soggetto.

In questo tipo di ipnosi è necessario, oltre al consenso da parte del paziente, che il professionista abbia le conoscenze adeguate per affrontare le possibili resistenze e la paura del soggetto di perdere il controllo.

2.2.3 Ipnosi leggera. L'ipnosi leggera è quella che il soggetto, adeguatamente addestrato, riesce a realizzare automaticamente per mezzo della sua concentrazione.

Tale forma di ipnosi produce uno stato di calma mentale e benessere in grado di ridurre l'ansia e lo stress e recuperare velocemente le risorse fisiche e mentali. L'ipnosi leggera permette di recuperare ricordi perduti nella nostra memoria senza la perdita di coscienza e non è soggetta ad amnesia al termine.

2.2.4 Ipnosi profonda. A differenza della forma precedente, l'ipnosi profonda non può essere realizzata automaticamente e necessita della presenza ed esperienza del professionista. Aspetto discriminante di questa forma di ipnosi è l'amnesia che si rivela

molto utile nel caso di situazioni spiacevoli e dolorose ma che spesso suscita disagio nel paziente.

Fenomeni caratteristici dell'ipnosi profonda sono le allucinazioni positive e negative, regressione d'età e rivificazione e successivo sviluppo di fenomeni ipnotici, tutti manifestati per mezzo delle abilità dell'ipnotista.

Le prime fanno riferimento alle percezioni di oggetti e fatti che non esistono nella realtà (allucinazioni positive) e alle esclusioni di persone ed oggetti reali (allucinazioni negative).

La regressione d'età consiste in un procedimento per cui l'ipnotizzato rivede il suo passato con atteggiamento, critica e sentimenti del presente; per rivificazione si intende una forma di regressione d'età in cui l'ipnotizzato torna letteralmente indietro nel tempo, mostrando le capacità intellettive e motorie tipiche del periodo che sta vivendo.

Infine, un terzo fenomeno fondamentale nell'ambito del processo di guarigione, è la capacità del soggetto di sviluppare fenomeni ipnotici dopo che la seduta è terminata mediante condizionamenti post-ipnotici. Grazie a questa abilità, si attiveranno le suggestioni terapeutiche benefiche nel momento del bisogno e ciò permetterà di ridurre comportamenti nocivi al benessere del soggetto (Regaldo, 2011).

2.3 Indicazioni terapeutiche dell'ipnosi

L'ipnosi è una tecnica introspettiva, caratterizzata da un particolare stato di coscienza indotto intenzionalmente in un soggetto da un operatore (ipnotizzatore). Essa dipende prevalentemente dalla fiducia instaurata tra l'operatore e il soggetto, dalla

volontà di quest'ultimo, da sue adeguate capacità e dallo stato di trance che può essere raggiunto. La trance corrisponde ad uno stato simile al sonno, in cui il soggetto rimane però consapevole di ciò che accade intorno a sé; essa può essere più o meno profonda e in base a tale componente, l'operatore può indurre nel soggetto la presenza di allucinazioni, irrigidimento muscolare, anestesia di parti del corpo (applicata in campo ostetrico, chirurgico e odontoiatrico), amnesia al momento del risveglio di quanto avvenuto durante la trance e può far eseguire ordini al momento del risveglio, che non contrastano con le convinzioni e i valori del soggetto (suggestioni post-ipnotiche).

Durante la trance ipnotica è anche possibile far rivivere al soggetto eventi passati e consapevolmente rimossi, per questa sua particolarità, l'ipnosi si è rilevata molto utile in psicopatologia a livello sia diagnostico che terapeutico, soprattutto per disturbi quali anoressia nervosa (Nash & Baker, 2010), disturbo dissociativo dell'identità (Lynn & Kirsh, 2006), depressione (Yapko, 2010), disturbi d'ansia (Lynn & Kirsh, 2006) e disturbo post traumatico da stress (Lang, 2001).

Essendo l'ipnosi una tecnica di rilassamento, essa facilita il rilassamento mentale e muscolare, la possibilità di dominare l'ansia e il rafforzamento dell'Io.

Uno dei fenomeni molto importanti che otteniamo con l'ipnosi è l'analgesia, ovvero uno stato in cui viene percepito lo stimolo ma non come doloroso. In psichiatria l'ipnosi viene considerata una psicoterapia, necessaria perciò per impostare una cura successiva che permetta al soggetto di vivere nella società. L'ipnosi può infatti essere ampiamente adoperata nella psicoanalisi come metodo di analisi della personalità profonda e per una successiva presa di coscienza, oppure può essere utilizzata per superare le resistenze inconse attraverso i metodi di regressione d'età (in cui

l'ipnotizzato ricorda il passato mantenendo la personalità presente) e rivivificazione (in cui l'ipnotizzato rivive il passato, assumendo atteggiamenti inerenti) che permettono di acquisire rapidamente i dati necessari per l'analisi. Oltre al trattamento di malattie psicosomatiche e somatopsichiche, l'ipnosi è utile nelle nevrosi, nell'alcolismo e tabagismo, nelle psicosomatica ginecologica e nelle malattie psicosessuali, soprattutto nel vaginismo, nella dispareunia, nel prurito vaginale, nei disturbi dell'iaculazione, nel calo della libido, nell'anorgasmia e in altri disturbi sessuali, nel campo di ostetricia per l'ottenimento dell'effetto ansiolitico, rafforzamento dell'Io e analgesia, nell'odontoiatria è molto indicata come anti-ansia e può essere usata come analgesia, in dermatologia, in chirurgia per preparare tranquillamente il paziente all'intervento chirurgico e nel periodo post-operatorio per intervenire sulla volontà di guarigione. L'ipnosi può inoltre essere utile nei pazienti con malattia terminale; tale tecnica può infatti aiutarli a focalizzarsi sulle loro risorse, migliorare le strategie di coping con la malattia e con le procedure terapeutiche e favorire il processo di resilienza nelle fasi avanzate.

I settori extraclinici in cui l'ipnosi può essere utilizzata sono quelli legati alla ricerca scientifica e quelli in cui soggetti sostanzialmente sani necessitano di un miglioramento delle loro prestazioni, ovvero sport, educazione e studio, lavoro e fini militari (Lapenta, 1986).

CAPITOLO 3: IPNOTIZZABILITA' E SUGGESTIONE

3.1 Definizione di ipnotizzabilità

Per ipnotizzabilità, o suscettibilità ipnotica, si intende la reattività alle tecniche ipnotiche; il termine indica la misura in cui una persona è suscettibile all'ipnosi, ovvero quanto facilmente essa può essere ipnotizzata. Maggiore è l'ipnotizzabilità, maggiore sarà la facilità di induzione in uno stato di trance ipnotica. La letteratura mette in evidenza che l'ipnotizzabilità è un tratto estremamente stabile nell'individuo adulto; i bambini, fino agli otto anni, sono in trance per la maggior parte del loro tempo in quanto vivono nelle loro immaginazioni (Spiegel, 2012).

Il termine ipnotizzabilità non deve essere confuso con quello di suggestionabilità, che indica quanto una persona è pronta ad aderire alle idee, ai suggerimenti e ai comandi di altre persone (Guidi, 2012). Quest'ultima risulta essere correlata con fattori come intelligenza medio-alta, memoria labile, personalità ansiosa o stato d'ansia e scarsa capacità di affermarsi e farsi valere. Nessuno di questi tratti è connesso con la suscettibilità ipnotica.

La suscettibilità ipnotica dipende prevalentemente dall'ipnotizzato e dall'ipnotizzatore.

Per quanto riguarda l'ipnotizzato, egli può essere classificato come refrattario o sonnabulico; nel primo caso il soggetto si oppone all'ipnosi volontariamente o si rivela (apparentemente) insensibile ad essa, ciò comunque non esclude la possibilità di essere ipnotizzato, in quanto la volontà può essere una caratteristica sufficiente per riuscirci; nel secondo caso invece, il soggetto risulta essere predisposto all'ipnosi, riesce a

sperimentare la rivivificazione, le illusioni e le allucinazioni positive e negative e presenta amnesia al risveglio. Tra questi due estremi, esistono soggetti più o meno ipnotizzabili, che alcuni operatori riescono a ipnotizzare e altri no, in base ad alcune variabili quali il rapporto positivo, i pregiudizi, le motivazioni e le aspettative, l'abilità individuale nell'apprendimento, l'età e l'intelligenza (Guidi, 2012).

Ciò precisato, è corretto affermare che i soggetti refrattari all'ipnosi costituiscono il 20% della popolazione come anche i soggetti sonnambulici (20%) mentre il 60% restante, rappresenta la parte dei soggetti mediamente ipnotizzabili (Ferracuti, Cannoni, De Carolis, Gonella & Lazzari, 2002).

Diverse ricerche hanno dimostrato che normalmente il soggetto refrattario si presenta disadattato socialmente, con una personalità fortemente alterata, mentre il soggetto facilmente ipnotizzabile, si presenta socialmente adattato, con un buon contatto con la realtà e con un buon livello di adattamento nei problemi conflittuali (Guidi, 2012).

Circa il sesso, pur essendo lieve la differenza, risulta essere più ipnotizzabile la donna, soprattutto l'adolescente e quella incinta, perché più fantasiosa e meno critica. In relazione all'età, l'ipnotizzabilità è altissima nella maturità e bassa nell'età senile, e riguardo all'intelligenza, i soggetti più indicati ad un rapporto ipnotico e dai quali si ottengono i maggiori risultati terapeutici, sono quelli caratterizzati da un'intelligenza superiore che gli permette di dominare la propria volontà e di essere consapevoli di ciò che fanno. Inoltre, a parità di quoziente intellettivo, le persone con maggiori qualità immaginative, fantastiche, intuitive ed artistiche hanno maggiori capacità di sviluppare ipnosi, a differenza di persone con maggiori qualità critiche e di giudizio che risultano

avere minori capacità ipnotiche (Lapenta, 1986).

Oltre a questi dati, i numerosi studi condotti sulla personalità dell'ipnotizzato non sono riusciti a mettere in evidenza altre correlazioni, come ad esempio quella tra l'ipnotizzabilità e la costituzione fisica o psichica, il carattere (estroverso o introverso) o le condizioni sociali (Chertok, 2005).

Tra i soggetti non ipnotizzabili, sono da elencare gli oligofrenici e gli psicotici gravi perché con essi non si può stabilire un rapporto, gli idioti, gli imbecilli e i senili gravi perché hanno un'incapacità di concentrazione mentale, fissazione ed elaborazione psichica e di giudizio, gli individui con personalità fredde, con povertà interiore che risultano essere incapaci di vivere una vita interiore e di relazione. Tra i soggetti controindicati all'ipnosi, oltre agli psicotici, vi sono quelli con psiche in evoluzione. Per tutte le altre persone, l'ipnosi può essere considerata fattibile.

Le condizioni che possono facilitare l'ipnosi sono le persone psichicamente normali, le quali hanno un maggior equilibrio psichico che permette l'abbandono senza angoscia, umiliazione o minaccia e facilita un autentico interesse personale (Lapenta, 1986).

Per quanto riguarda l'ipnotizzatore, è importante che egli possieda delle abilità specifiche per agevolare la suscettibilità ipnotica nell'individuo; tra queste ricordiamo l'abilità tecnica, il saper essere elastici e aver capacità di adattamento ai vari soggetti; inoltre, un'abilità essenziale consiste nel riuscire a creare un rapporto di fiducia e di alleanza con l'ipnotizzato, in modo da permettere a quest'ultimo di abbandonare le possibili resistenze e di lasciarsi andare completamente.

Rispondere alle suggestioni ipnotiche significa perciò adattarsi ad uno specifico

contesto, all'interno del quale, l'interazione complementare tra ipnotizzato e ipnotizzatore è fondamentale.

La capacità di sviluppare uno stato ipnotico fa riferimento all'ipnotizzabilità e si misura per mezzo dei gradi di una scala, chiamata scala di ipnotizzabilità o di suscettibilità ipnotica (Guidi, 2012).

In letteratura sono attualmente presenti diverse scale di ipnotizzabilità, utilizzate per valutare e documentare le differenze individuali relative alla suscettibilità ipnotica (Woody & Barnier, 2008). Molto utile risulta essere l'Eye Roll, test che da rapide indicazioni sull'ipnotizzabilità del soggetto, attraverso l'osservazione del grado della sua rotazione oculare (Spiegel, 1972).

3.1.1 Correlati dell'ipnotizzabilità. Secondo autori come Hilgard e Hilgard (1975), alcune persone sono meno ipnotizzabili di altre, in quanto manca loro adeguata consapevolezza della propria vita interiore e hanno scarsa capacità di essere assorbite dalla loro stessa esperienza. Hilgard (1965) ha messo a punto uno strumento per la valutazione del livello di ipnotizzabilità, il quale, somministrato a un ampio campione, ha indicato che la suscettibilità ipnotica è molto diffusa e distribuita normalmente nella popolazione (Ercolani, 1997) e che la sola caratteristica psicologica correlata all'ipnotizzabilità è l'assorbimento immaginativo, cioè la capacità di venire coinvolti da processi immaginati dal soggetto stesso (Molinari & Castelnuovo, 2010).

Altri autori hanno però individuato altre caratteristiche correlate all'ipnotizzabilità, quali ad esempio, oltre all'assorbimento (Tellegen & Atkinson, 1974), la predisposizione alla fantasia (Lynn & Rhue, 1988), il tempo di reazione

impiegato in un compito go/no-go (Braffman & Kirsch, 2001), l'empatia (Wickramasekera & Szlyk, 2003), l'auto-direzionalità, componente del comportamento e del carattere (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993) e la presenza di esperienze dissociative (Agargun, Tekeoglu, Kara, Adak & Ercan, 1998).

3.1.2 Correlazione tra ipnotizzabilità e dissociazione. Per dissociazione si intende una mancanza di normale integrazione di pensieri, sensazioni ed esperienze nella coscienza e nella memoria.

Molte ricerche hanno individuato una correlazione tra l'ipnotizzabilità e le caratteristiche dissociative della personalità. Le più conosciute, anche se un po' datate, risultano essere quella di Frischholz e collaboratori e quella di Agargun e collaboratori. Nel primo studio di Frischholz e colleghi (1992) vennero somministrate due scale per valutare la personalità di 311 studenti universitari. La prima era la Dissociative Experiences Scale (DES), scala di rapida autovalutazione, ideata da Bernstein e Putnam nel 1986 che misura il livello e il tipo di esperienza dissociativa presente nell'individuo, senza entrare nel merito della diagnosi. La seconda scala, invece, era l'Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (Shor & Orne, 1962) caratterizzata da una parte, di un'induzione ipnotica in cui viene chiesto ai soggetti di eseguire una serie di comportamenti, quali ad esempio chiudere gli occhi o muovere le braccia, e da una seconda parte di autovalutazione in cui viene chiesto ai partecipanti di descrivere la propria suscettibilità ipnotica. I risultati hanno messo in evidenza che i punteggi totali alla Dissociative Experiences Scale correlavano significativamente con i punteggi all'Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A, e segnano perciò una

correlazione tra la suscettibilità ipnotica e le caratteristiche dissociative della personalità (Frischholz et al., 1992).

La seconda ricerca, condotta da Agargun, Tekeoglu, Kara, Adak e Ercan nel 1998, conferma la stretta relazione tra la dissociazione e la suscettibilità ipnotica. Essi somministrarono a 41 soggetti le scale Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986) e Hypnotic Induction Profile (Spiegel, 1974). Quest'ultima misura l'eventuale predisposizione all'ipnosi, per mezzo dell'analisi delle rotazioni oculari. I risultati sottolinearono che i soggetti altamente ipnotizzabili riportavano un numero consistentemente maggiore di esperienze dissociative (Agargun, Tekeoglu, Kara, Adak & Ercan, 1998).

3.2 Definizione di suggestione

La suggestione è un condizionamento psichico esercitato da altre persone o da fatti e situazioni o anche ingannevole impressione soggettiva che agisce con tale forza su un individuo da dominare la sua volontà, privarlo del giudizio critico o addirittura del senso della realtà.

Essa ha lo scopo di fare accettare un'idea, un comportamento o una convinzione, scavalcando la ragione e la logica per abbracciare la parte emotiva della mente.

La suggestione agisce senza sforzo e in maniera inconscia, per questo, deve essere accettata ed eseguita immediatamente, senza alcuna valutazione critica da parte del soggetto che la esegue.

Il termine suggestione è stato usato principalmente da Braid nel 1855 e da Liébeault nel 1866; fu però Hippolyte Bernheim (1840–1919), un discepolo di Liébeault,

il primo a parlare di suggestione e della capacità del soggetto di rispondere alle suggestioni.

Definendo l'ipnosi come un fenomeno psicologico caratterizzato da uno stato di attivata e accresciuta suggestionabilità, Bernheim attribuisce alla suggestione la causa e la spiegazione dei fenomeni ipnotici. Secondo l'autore, le differenze individuali relative alla suscettibilità ipnotica erano dovute ai diversi livelli di suggestionabilità delle persone.

Bernheim utilizzò il termine suggestione, definendola come un'idea introdotta nel cervello e accettata da esso, nel titolo del suo famoso libro "Hypnotismus und Suggestion" (Ipnosi e Suggestione, 1988) all'interno del quale egli definì la teoria suggestiva dell'ipnosi.

Tale teoria esplicitava che *«il paziente viene addormentato per mezzo della suggestione con la quale si introduce l'idea di dormire del cervello; egli quindi viene ancora trattato con la suggestione con la quale si conficca o si spinge nel suo cervello l'idea di guarigione ... Nello stato normale ogni idea nuova è sottoposta ad esame ed è accolta dal cervello solo sub beneficio inventari ... Nel caso della persona ipnotizzata, al contrario, la conversione dell'idea in azione, sensazione, movimento o immagine sensoriale avviene così rapidamente e con tale forza che l'apparato critico non ha niente da dire sull'argomento»* (Bernheim, 1888, pp. 125).

Con questa citazione, Bernheim voleva sottolineare l'importanza della profondità dell'ipnosi come variabile predittiva di un'efficace suggestione; di conseguenza, i fattori decisivi non riguardano solo la variabile di stato ovvero il sonno ipnotico, ma anche variabili di tratto che devono essere presenti nell'individuo affinché l'istruzione data

dall'ipnotizzatore diventi suggestiva. Tali variabili, considerate le uniche indispensabili, sono principalmente tre:

1. azioni riflesse di tipo ideo-attivo che possono essere attivate in «*un modo inconscio, aggirando il funzionamento della volontà*» (Bernheim 1888, pag. 125);
2. una modificazione della «*qualità di credulità, secondo la quale noi crediamo a ciò che qualcun altro ci dice*» (Bernheim 1888, pag. 120);
3. una certa «*quantità di accondiscendenza del cervello, che è necessaria per obbedire agli ordini ricevuti*» (Bernheim 1888, pag. 121).

Ci sono due maniere per formulare la suggestione: diretta e indiretta. La prima si riferisce a un'istruzione di comportamento sotto forma di ordine, e viene utilizzata sia in fase di induzione che in quella di trattamento, associandola alla ripetizione, fondamentale per ottenere l'effetto desiderato. La suggestione indiretta invece, viene presentata alla mente del soggetto in modo meno comandato, dando al soggetto un margine di scelta sul comportamento da eseguire, ad esempio chiedendo al soggetto "Mi chiedo quale delle tue mani si solleverà per prima".

Generalmente, queste due forme di suggestione vengono utilizzate assieme in una stessa seduta in quanto risultano entrambe efficaci, soprattutto se caratterizzate da una solida base della competenza terapeutica e dell'esperienza clinica (Guidi, 2012).

3.2.1 Correlazione tra suggestionabilità e ipnotizzabilità. Per molto tempo è stata supposta l'esistenza di stretti rapporti tra suggestionabilità e ipnotizzabilità. Per Bernheim infatti l'ipnosi è identificabile con la suggestione. Janet invece afferma che i

fenomeni di suggestione sono indipendenti dallo stato ipnotico e che la suggestionabilità può esistere ma non cambia col variare del sonnambulismo (Janet, 1997).

Kubie (1972) sostiene che la suggestionabilità non è la causa ma la conseguenza dello stato ipnotico. Per dimostrarla cita esperimenti personalmente condotti nei quali è riuscito a ipnotizzare un individuo con l'aiuto di un apparecchio, senza suggestione verbale. Il paziente così ipnotizzato interpreta le parole dell'ipnotizzatore come espressione della propria persona, facendo così cadere la barriera tra ipnotizzato e ipnotizzatore; l'ipnotizzabilità dipende quindi dalla facilità con cui il soggetto riesce a interiorizzare uno stimolo esterno e a farlo diventare parte di sé.

Avendo precedentemente definito che la suggestionabilità è l'accettazione acritica dell'idea dell'altro, invece l'ipnotizzabilità è l'accettazione critica dell'idea di un altro, è possibile verificare che le curve di suggestionabilità e ipnotizzabilità sono diverse: la seconda è sovrapponibile a quella delle prestazioni di efficienza, mentre la prima ha due picchi, uno nell'infanzia e nell'adolescenza, l'altro nella vecchiaia. È importante ricordare che l'induzione può essere suggestiva ma non l'ipnosi (Lapenta, 1986).

“E nello stato di trance puoi lasciare che la tua mente inconscia passi in rassegna il vasto deposito di cose che hai appreso, nel corso della tua vita. Ci sono molte cose che hai imparato senza saperlo. E molte delle conoscenze che ritenevi importanti a livello conscio sono scivolte nella tua mente inconscia”

(Erickson, 1978)

CAPITOLO 4: SCALE DI IPNOTIZZABILITÀ

4.1 Definizione, origini e classificazioni

Le scale di suscettibilità ipnotica, dette anche scale di ipnotizzabilità, sono state sviluppate per misurare in maniera affidabile la suscettibilità ipnotica. Solitamente, il punteggio che viene attribuito alla suscettibilità di una persona per l'ipnosi varia da "alto", "medio", "basso". Circa l'80% della popolazione rientra tra i punteggi "medi", il 10% tra gli "alti" e il restante 10% tra i "bassi" (Lecron, 1953).

Prima della nascita di queste scale, ogni ipnologo aveva sviluppato un suo sistema personale per valutare la risposta ipnotica dei soggetti, basandosi solo sull'esperienza e su considerazioni teoriche astratte piuttosto che su un'accurata ricerca statistica o sul metodo sperimentale.

In letteratura sono presenti numerose scale di ipnotizzabilità, ciascuna delle quali è costituita da diversi test riguardanti suggerimenti dati dall'ipnotizzatore e ai quali il soggetto può rispondere efficacemente o meno; a seconda della scala, tali test possono avere effetti sia motori, come ad esempio il sollevamento del braccio, sia cognitivi, come ad esempio un'allucinazione.

Nessuna scala però può essere considerata totalmente affidabile a causa della complessità della natura dell'ipnosi (Lecron, 1953).

Prima di procedere con la somministrazione delle scale, è necessario che l'ipnotizzatore risolva eventuali preoccupazioni e ansie presenti nell'ipnotizzato, cercando di instaurare un rapporto empatico e fiducioso con lui; solo in seguito è possibile incoraggiare l'ipnotizzato a entrare in uno stato di trance ipnotica (Lecron,

1953).

Le prime scale di suscettibilità ipnotica sono state sviluppate da Bernheim e Liébeault verso la fine del 1800. Esse prevedevano una scala a sei punti per misurare la profondità ipnotica in relazione a diversi test di suggestione (Woody & Barnier, 2008).

Un gran passo avanti nella costruzione delle scale di ipnotizzabilità, risale al 1930 per merito del lavoro di Barry, MacKinnon e Murray (1931), Davis e Husband (1931), Friedlander e Theodore R. Sarbin (1938). Questi autori, pur basandosi sui test delle scale precedenti, enfatizzarono la standardizzazione delle procedure d'induzione, della formattazione dei test e del punteggio basato su risposte osservative.

Un'ulteriore approfondimento delle scale si ha nel 1940 ad opera di Leslie M. LeCron, J. Bordeaux e John G. Watkins. Solo nel tardo 1950 però, si assiste ad una rivolta scientifica nello studio dell'ipnosi, per mezzo della scala d'ipnotizzabilità costruita da Weitzenhoffer e Hilgard.

Dopo aver modificato la scala di Friedlander e Sarbin, essi introdussero una semplificazione dello schema di risposta e aggiunsero test di suggestione relativamente semplici, suddividendoli in due forme distinte: Stanford Hypnotic Suscettibility Scales, Forme A e B (SHSS:A e SHSS:B). Diversamente dalle altre scale, i punteggi ottenuti nelle Stanford Hypnotic Suscettibility Scales hanno permesso di osservare una distribuzione ragionevolmente normale delle differenze dei singoli soggetti. Esse enfatizzavano test di suggestione relativamente semplici, quali movimenti motori ma non test difficili come allucinazioni e regressione d'età.

Per sovrastare tale mancanza, Weitzenhoffer e Hilgard idearono una terza scala, la Stanford Hypnotic Suscettibility Scales forma C (SHSS:C), la quale offriva una

migliore rappresentazione delle suggestioni difficili. Quest'ultima forma ebbe grande influenza nella ricerca e venne considerata una ricchezza dal punto di vista della standardizzazione delle scale d'ipnotizzabilità (Kihlstrom, 2008).

Il punteggio ottenuto da ciascuno di questi strumenti, rappresenta una singola sintesi totale del livello di ipnotizzabilità del soggetto. Per ottenere un punteggio relativo alle specifiche abilità, Weitzenhoffer e Hilgard idearono un'ulteriore scala, suddivisa anch'essa in due forme: Stanford Profile Scale (SPS), Forme I e II. Queste due forme, complementari, consistono in una serie di test di suggestione difficili, ciascuno valutato da 0 a 3. Insieme, le scale SHSS:A e SPS possono essere usate per generare punteggi su 6 sottoscale:

1. agnosia;
2. allucinazioni positive;
3. allucinazione negative;
4. sogni e regressioni;
5. amnesia e comportamenti post ipnotici;
6. perdite del controllo del movimento.

Questi sei punteggi producono un profilo di abilità in ciascun soggetto. Nonostante le interessanti possibilità di questo schema, la SPS ha avuto un impatto minore nella successiva ricerca in ipnosi, a differenza dell'altra scala Stanford (McConkey & Barnier, 2004).

Le successive creazioni di scale di ipnotizzabilità prendevano spunto dalle scale SHSS:A e SHSS:C.

Nel 1962, Shor e Orne svilupparono l'Harvard Group Scale of Hypnotic

Suscettibility, Forma A, come adattamento nei gruppi della SHSS:A e K. S. Bowers (1993, 1998) sviluppò la Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Suscettibility, Forma C come adattamento ai gruppi della forma SHSS:C.

Sebbene la HGSHS:A può essere usata per gruppi abbastanza corposi di soggetti, la WSG:C è appropriata solo per piccoli gruppi. Generalmente, le proprietà psicometriche della Stanford sono preservate estremamente bene in questi adattamenti coi gruppi, malgrado i cambiamenti di forma.

La SHSS:A e la SHSS:C, come anche le loro versioni adattate per i gruppi, la HGSHS:A e la WSG:C, consistono in una serie di test suggestivi che necessitano di circa un ora per essere somministrate.

Queste scale rivoluzionarono l'investigazione sperimentale dell'ipnosi, fornendo una metrica comunemente accettata per l'uso nei laboratori di tutto il mondo (Woody & Barnier, 2008).

Scale di suscettibilità ipnotica, che possono essere somministrate in un lasso di tempo breve, sono divise in base alle applicazioni cliniche. Per esempio, la Stanford Hypnotic Clinical Scale, Adults, consiste in 5 test suggestivi, e la Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction and Test, consiste addirittura in una sola suggestione. Queste scale sono state sviluppate nella speranza di essere utilizzate dai clinici in ambito terapeutico.

Un'altra scala, la Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale, viene utilizzata per gruppi di soggetti; anch'essa è relativamente veloce da somministrare e consiste in soli sette items (Woody & Barnier, 2008).

4.2 Scale di ipnotizzabilità in uso

Le scale attualmente più utilizzate per determinare a priori la suscettibilità del soggetto sono principalmente quattro.

La prima è la Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959) somministrata a singoli soggetti ed è a base cognitiva (per es. eseguire un compito mentale durante l'induzione); la seconda, l' Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962) designata per l'ipnosi di gruppo ed è a orientamento ideomotorio (per es. lievitazione delle mani e catalessi del braccio); la terza, definita Barber Suggestibility Scale, è stata ideata da T. X. Barber (1965); la quarta, elaborata da Spiegel (1970), è l' Hypnotic Induction Profile;

L'ausilio di queste scale permette di valutare il grado di risposta di un soggetto a suggestioni-test; esse trovano impiego soprattutto nelle ricerche sperimentali, mentre hanno un valore piuttosto limitato in ambito clinico, dove la responsività ipnotica viene fortemente influenzata dalle aspettative del paziente e dalla sua interazione con il terapeuta (Oberhuber, 2000).

4.2.1 Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility. Nel 1959 André Muller Weitzenhoffer (1921–2004) e Ernest Ropiequit Hilgard (1904–2001) hanno messo a punto uno strumento per la valutazione del livello di ipnotizzabilità: la Scala Stanford di Suscettibilità Ipnotica (Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility).

Questa scala deriva dall'esigenza degli autori di misurare possibili differenze individuali relative allo sviluppo dello stato di coscienza ipnotico.

Questa è la scala più nota e consiste essenzialmente in un procedimento standard

per l'induzione dell'ipnosi che si articola in dodici suggestioni-test; il tempo previsto per la somministrazione è diviso in tre parti riferite alla conversazione introduttiva necessaria per creare il rapporto, all'induzione e vari test e all'intervista finale, per un totale di circa 50 minuti. La scala può essere somministrata individualmente a soggetti di qualunque età , anche se il campione normativo era costituito da 124 studenti di Stanford, 64 uomini e 60 donne, che parteciparono agli esperimenti ipnotici senza un particolare interesse nei confronti dell'ipnosi.

La somministrazione del test a un ampio campione ha indicato che la suscettibilità ipnotica è molto diffusa e distribuita normalmente nella popolazione (Ercolani, 1997) e che la sola caratteristica psicologica correlata all'ipnotizzabilità è l'assorbimento immaginativo, cioè la capacità di venire coinvolti da processi immaginati dal soggetto stesso (Molinari & Castelnuovo, 2010).

Nella sua prima versione, la Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility comprende i seguenti dodici gradi:

1. Oscillazione posturale somministrato prima del procedimento di induzione ipnotica;
2. Chiusura degli occhi somministrato durante l'induzione ipnotica;

Le dieci successive suggestioni sono impartite dopo il completamento dell'induzione:

3. Abbassamento della mano sinistra;
4. Immobilizzazione del braccio destro;
5. Blocco delle dita;
6. Irrigidimento del braccio sinistro;
7. Avvicinamento delle mani;

8. Inibizione verbale (per il nome);
9. Allucinazione;
10. Catalessi delle palpebre;
11. Suggestione post-ipnotica;
12. Amnesia.

Ciascun grado consiste in una prova di suggestione/induzione alla quale viene assegnato un punteggio in base alla responsività del soggetto, ovvero alla sua capacità di risposta, al suo grado di suggestionabilità. La somma di tutti i punteggi costituisce il punteggio globale di ipnotizzabilità e la suscettibilità è definita in base al numero di volte in cui il soggetto agisce alle suggestioni proposte come una persona ipnotizzata.

Le induzioni della Scala Stanford devono essere somministrate nella maniera specificata dalle istruzioni fornite per il suo utilizzo: contatto con il soggetto, postura, tono monotono di voce, etc., e senza tenere conto delle caratteristiche peculiari dei soggetti, così come richiesto dal protocollo di somministrazione (Guidi, 2012).

La Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility si compone di tre moduli differenti, le cui caratteristiche sono di possedere item progressivamente più variati e di rendere quindi più agevole la somministrazione di questi test; le forme sono la A, la B e la C, e solitamente richiedono cinquanta minuti ciascuna per essere completate. Con queste scale gli autori mirano a stabilire un profilo di punteggi con un'indicazione maggiore della suscettibilità ipnotica su aree più vaste, accrescendo così le proprietà fisiche della valutazione.

La forma A è la scala maggiormente utilizzata e capostipite delle altre scale di suscettibilità ipnotica realizzate successivamente da altri autori. Essa è composta da

nove item, ciascuno avente una valutazione da uno a tre punti, così che il punteggio massimo possibile è di 27. Tale scala è ampiamente utilizzata per lo screening iniziale di suscettibilità ipnotica: si tratta di un metodo comportamentale in cui i soggetti, dopo aver ricevuto un'induzione ipnotica, valutano le loro risposte attraverso una scala di autovalutazione (Bergman, Trenter & Kallio, 2003).

La forma B, come la precedente, è composta da nove item e viene utilizzata per lo screening iniziale e per le successive prove per mezzo di cui si rivalutano gli indici attraverso forme più appetibili.

Gli item di queste due prime forme sono:

1. analgesia della mano;
2. allucinazione musicale;
3. anosmia all'ammoniaca;
4. rievocazione del pasto;
5. lampadina allucinata;
6. sogno;
7. agnosia;
8. scherzo;
9. comando verbale post-ipnotico.

A ciascuna di queste prove corrisponde un tipo di risposta, quale:

1. allucinazione tattile negativa;
2. allucinazione uditiva positiva;
3. allucinazione olfattiva negativa;
4. breve regressione;

5. allucinazione visiva positiva;
6. produzione fantastica;
7. distorsione cognitiva;
8. risposta affettiva inappropriata;
9. suggestione post-ipnotica (Mosconi, 1993).

La forma C invece è maggiormente utilizzata per la seconda o per le successive verifiche quando vengono impiegate forme alternative di induzione, quando è preferibile impiegare questionari con item in ordine crescenti di difficoltà, o quando i soggetti sono stati selezionati per dei test avanzati nei quali è richiesta una conoscenza della capacità del soggetto di sperimentare item più diversificati (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962).

Pur essendo molto efficace, la Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility non è sufficiente per identificare i soggetti maggiormente ipnotizzabili (Laurence, Beaulieu-Prévost & du Chéné, 2008) e presenta alcuni limiti.

Questo strumento non è utilizzabile con soggetti che non siano stati precedentemente ipnotizzati e di conseguenza non è possibile applicare questa scala al gruppo di controllo non ipnotizzato. Alcuni test suggestivi sono stati formulati per soggetti che hanno precedentemente ricevuto suggestioni di rilassamento e sonnolenza e perciò risultano incongrue per un gruppo di confronto che non abbia ricevuto le stesse suggestioni. Inoltre, le risposte che vengono date agli item sono sia motorie osservabili, sia relative alle esperienze soggettive, ma la scala Stanford misura soltanto le prime, non tenendo conto delle risposte esperienziali soggettive (Mosconi, 1993).

4.2.2 Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Ispirandosi ai modelli di Hilgard, Ronald E. Shor e Emily Carota Orne (1962), hanno costruito delle forme diverse di scale di suscettibilità ipnotica, definendole Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Oltre all'uso complementare di un sistema di autovalutazione, l' Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility è un adattamento della Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility per la somministrazione di gruppo (Mosconi, 1993). La forma A dell' Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility si compone di 12 compiti motori e cognitivi di difficoltà progressiva, simili a quelli della Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility:

1. Caduta della testa
2. Chiusura degli occhi
3. Abbassamento della mano sinistra
4. Immobilizzazione del braccio destro
5. Chiusura delle dita
6. Rigidità del braccio sinistro
7. Avvicinamento delle mani
8. Comunicazione di inibizione
9. Allucinazioni (esperienza di volare)
10. Catalessi dell'occhio
11. Suggerione post ipnotica (toccando la caviglia sinistra)
12. Amnesia post ipnotica (dimenticanza temporanea)

Il tempo richiesto è di circa 45 minuti e il punteggio medio è di 5 su 12.

4.2.3 Barber Suggestibility Scale. La Barber Suggestibility Scale (BBS), scala di suggestionabilità standardizzata da Theodore X. Barber nel 1965, comprende otto test suggestivi che possono essere somministrati attraverso una manipolazione sperimentale di variabili antecedenti, come ad esempio, l'istruzione o meno di rilassamento. Tali test riguardano l'allucinazione, una risposta post-sperimentale o post-ipnotica, l'amnesia, tre elementi di sfida in cui viene negato al soggetto di compiere un'azione e infine, due voci in cui viene chiesto al soggetto ipnotizzato di immaginare determinati effetti e successivamente vengono suggerite certe conseguenze oggettive. In dettaglio:

1. abbassamento del braccio;
2. levitazione del braccio;
3. blocco della mano;
4. allucinazione della sete;
5. inibizione verbale;
6. immobilità del corpo;
7. risposta post-ipnotica, tosse;
8. amnesia selettiva (Rowley, 1986).

La scala considera separatamente i due punteggi che vengono emessi dal soggetto in risposta agli item: punteggio oggettivo, cioè osservabile e quello soggettivo, relativo alle esperienze personali e valutabile dal soggetto stesso (Mosconi, 1993).

Il tempo necessario per la somministrazione è di 20 minuti circa (Rowley, 1986).

4.2.4 Hypnotic Induction Profile. L'Hypnotic Induction Profile, profilo di induzione ipnotica (HIP), è un breve test proposto dal Dottor Herbert Spiegel nel 1970.

Inizialmente tale strumento venne insegnato agli studenti della Columbia University, in un corso di ipnosi tenuto dal professore Herbert Spiegel, per indurre lo stato ipnotico e allo stesso tempo per misurarne la risposta emergente.

Attualmente, viene prevalentemente utilizzato per misurare la suscettibilità ipnotica individuale attraverso l'analisi della rotazione oculare: si ritiene infatti che, registrando i movimenti dell'occhio, si possa determinare l'eventuale predisposizione all'ipnosi. Secondo l'autore, esso differisce dalle altre scale di ipnotizzabilità perché misura sia l'andamento della concentrazione, sia la transizione nello stato ipnotico.

L' Hypnotic Induction Profile impiega delle prove rapide di misurazione della durata di dieci minuti che si riferiscono alla capacità dell'individuo di conservare un certo atteggiamento dello sguardo durante un'induzione particolare che provoca la chiusura e la rotazione degli occhi. Secondo questo test, una significativa ipnotizzabilità dovrebbe essere in relazione con il tempo nel quale l'esaminato ha mantenuto la posizione faticosa dei globi oculari (Mosconi, 1993).

La somministrazione della scala prevede 12 item suddivisi in due distinte parti: la prima, più semplice è l' Eye Roll test, la seconda, più articolata è invece l' Induction (Spiegel, 2004). La prima parte consiste nel valutare l'ipnotizzabilità di un soggetto in base alla sua capacità di ruotare gli occhi verso l'alto, come se volesse guardarsi l'apice della testa. Il test è suddiviso in quattro fasi che richiedono al paziente di:

1. Tenere la testa diritta guardando avanti.
2. Mantenere tale posizione della testa e guardare in alto in direzione delle sopracciglia e della parte superiore della propria testa (up-gaze).

3. Continuare a guardare in alto e allo stesso tempo chiudere lentamente le palpebre (roll).
4. Aprire gli occhi e lasciare che ritornino a mettere a fuoco.

In base alla quantità di sclera visibile sotto o sopra la linea mediana dell'occhio, viene attribuito un punteggio da 0 a 4 per l'up-gaze (sguardo verso l'alto), per il roll (rotazione dell'occhio), per lo squint (strabismo/convergenza degli occhi) e per il segno di rotazione dell'occhio. Per quanto riguarda lo sguardo verso l'alto (item A del protocollo), viene assegnato un punteggio pari a 0 quando non è visibile la sclera tra i due margini, 1 quando è visibile una quantità di sclera tra i due margini, anche se piccola, 2 quando la quantità di sclera si avvicina approssimativamente all'immaginaria linea mediana dell'occhio, 3 quando la quantità di sclera supera lievemente la linea mediana dell'occhio, 4 quando la quantità di sclera si solleva molto al di sopra della linea mediana. Per quanto riguarda la rotazione dell'occhio (item B del protocollo), viene assegnato un punteggio pari a 0 quando non appare la sclera tra i due margini, 1 quando è visibile una quantità di sclera, anche se piccola, 2 quando la quantità di sclera si avvicina all'immaginaria linea mediana dell'occhio, 3 quando la quantità di sclera supera lievemente la linea mediana, 4 quando la quantità di sclera si solleva molto al di sopra della linea mediana e l'iride scompare immediatamente sotto la palpebra superiore. Si parla di strabismo (item C del protocollo) quando entrambi gli occhi virano verso l'interno contemporaneamente; il punteggio che viene attribuito ad esso può essere pari a 1 se c'è una lieve convergenza degli occhi verso l'interno, 2 se la convergenza è un po' più marcata e 3 se la convergenza è molto marcata. Al segno di rotazione dell'occhio (item D del protocollo) può essere attribuito un punteggio da 0 a 4

in base alla somma del roll e della misura di strabismo. Più alto è il punteggio ottenuto a questo item, maggiore è la suscettibilità del soggetto all'ipnosi (Spiegel, 1972).

La tabella 4.1 sotto riportata indica il punteggio da attribuire agli item A (up-gaze) e B (roll).

Tabella 4.1. Punteggi relativi agli item A e B del protocollo HIP (Spiegel & Spiegel, 2004).

EYE-ROLL SIGN FOR HYPNOTIZABILITY				
UP-GAZE			ROLL	
		0		
		1		
		2		
		3		
		4		

La seconda parte prevede un test di induzione ipnotica e misura fenomeni da tempo considerati caratteristici dell'ipnosi: risposte motorie involontarie, attenzione concentrata o divisa ed esperienze soggettive di dissociazione (Orne et al., 1979). Tale test include diversi item: il primo riguarda le istruzioni per un'iniziale levitazione del braccio e acquiescenza post-ipnotica (item E del protocollo), in cui è attribuito un punteggio pari a 0 se è presente una resistenza al movimento anche con l'aiuto dell'esaminatore, 1 se è presente una certa resistenza al movimento e la necessità di posizionare l'avambraccio in posizione sollevata, 2 se sono necessarie istruzioni ulteriori

e più di un impulso per ottenere la levitazione, 3 se è sufficiente un solo incoraggiamento e 4 se la levitazione del braccio è immediata. In seguito alla levitazione, viene chiesto al soggetto di riaprire gli occhi e di descrivere le sensazioni che prova secondo un punteggio da 0 a 2: se si trova in una posizione confortevole e se ha formicolio in alcune parti della mano, del braccio o del corpo (item F del protocollo) e se percepisce una sensazione di dissociazione tra la mano levitata e l'altra (item G del protocollo). Successivamente viene abbassato il braccio del soggetto e osservata la possibile levitazione post ipnotica (item H del protocollo); a questo item viene attribuito un punteggio da 0 a 4: 0 se la levitazione avviene in seguito al quarto rinforzo dato dall'esaminatore, 1 se avviene dopo il terzo rinforzo, 2 in seguito al secondo o al primo rinforzo, 3 dopo il primo o in assenza di rinforzo e 4 se c'è la levitazione post induzione in assenza di rinforzo. Tale levitazione può comportare sorriso o sorpresa da parte del soggetto. L'item seguente riguarda il differenziale di controllo (item I del protocollo) che rappresenta una misura dell'esperienza sensoriale del paziente in relazione al controllo del braccio "non-ipnotizzato". L'item in uscita riguarda il cut-off (item J del protocollo) ovvero la misura della preparazione del paziente per cui è necessario rinunciare al programma ipnotico. L'induzione ipnotica si conclude con un resoconto soggettivo dell'amnesia al segnale di cut-off (item K del protocollo) e con una stesura delle sensazioni fisiche di galleggiamento o leggerezza provate nel momento della levitazione del braccio (item L del protocollo) (Spiegel, 2004).

Il punteggio del protocollo HIP prevede due score: il primo, lo score di induzione, è calcolato sommando gli item G, $\frac{1}{2}$ H, I, J e L e stabilisce che un punteggio tra 0 e 3.5 indica che il soggetto è scarsamente ipnotizzabile, tra 3.5 e 7.5 è mediamente

ipnotizzabile e tra 7.5 e 10 è altamente ipnotizzabile. Il secondo score, chiamato induzione esteso, è misurato sommando gli item G, H, I, J, L, ½ E e K e un punteggio tra 0 a 6 suggerisce che il soggetto è scarsamente ipnotizzabile, tra 6 a 12 è mediamente ipnotizzabile e tra 12 e 16 è altamente ipnotizzabile.

L'ultimo dato rilevato dal protocollo HIP è il grado del profilo, corrispondente al punteggio ottenuto al segno di rotazione dell'occhio (item D); esso rappresenta la relazione tra il potenziale ipnotico biologico (item D) e il livello di trance raggiunto (item H e I) e comprende sei pattern di profili:

1. Capacità intatta speciale: punteggi all'item D, H e I maggiori di 0 e item H maggiore all'item D di almeno due unità. Il soggetto avente tale profilo ha un'esperienza ipnotica maggiore di quanto indicato dal potenziale e una forte motivazione all'ipnosi, al trattamento clinico o a entrambi.
2. Capacità intatta regolare: questo ampio gruppo comprende tutti i profili che appartengono al profilo intatto al di fuori di quello speciale.
3. Capacità non intatta lieve: risultati agli item D e I maggiori di 0 e all'item H uguale a 0-0.5. Le capacità non intatte indicano che la capacità utilizzabile è inferiore a quella biologica e che c'è perciò una rottura del nastro della concentrazione. Tale profilo definisce l'ipnotizzabilità del soggetto come borderline o parziale, in cui c'è l'incapacità di sperimentare il totale potenziale ipnotico.
4. Decremento: i criteri per identificare tale pattern sono i punteggi all'item D maggiori di 0, all'item I pari a 0 e all'item H tra 0 a 4. Si ritiene che questo profilo dimostri un potenziale positivo per la trance ma un'incapacità del

soggetto di sperimentarla. Esso può anche indicare una capacità di trance iniziale con concentrazione non sostenuta che collassa nel differenziale di controllo (item D) pari a 0.

5. Zero regolare: risultati agli item D, H e I uguali a 0. I gradi zero indicano un potenziale di ipnotizzabilità pari a zero. In questo profilo, la completa levitazione avviene entro il terzo rinforzo.
6. Zero speciale: punteggi agli item H e I maggiori di 0 e all'item D pari a 0. Tale pattern indica che il soggetto non ha capacità di ipnosi ma che può comunque sperimentare una trance parziale (Spiegel, 2004).

4.3 Limiti delle scale di ipnotizzabilità

Uno dei limiti principali delle scale di ipnotizzabilità riguarda la loro natura standardizzata che impedisce di considerare le caratteristiche individuali del soggetto. Per questo motivo, le scale rientrano principalmente nell'ambito di ricerca e non in quello clinico, dove invece le caratteristiche personali sono fondamentali nel processo ipnotico (Guidi, 2012).

Alcuni soggetti, pur desiderosi di essere ipnotizzati e perciò pienamente cooperativi, sono incapaci di entrare in trance; altri, invece, straordinariamente suscettibili all'ipnosi, possono entrare in trance già dalle primissime parole dell'ipnotizzatore. Alla luce di queste differenze, le scale di ipnotizzabilità sono state create proprio con l'intento di definire la suscettibilità del soggetto alla suggestione ipnotica.

Come si è visto precedentemente, queste scale contengono specifiche prove, alle quali viene assegnato un punteggio in base al tempo di esecuzione, al modo di attuazione, alla ripetizione dei tentativi e ad altri diversi criteri. Maggiore è il punteggio ottenuto dal soggetto, maggiore è la sua capacità di entrare in trance ipnotica.

Attualmente è aperto un dibattito sugli aspetti che le scale di ipnotizzabilità effettivamente misurano. Kirsch e Braffman (2001) hanno messo in evidenza che le scale tradizionali, quali ad esempio la Stanford Hypnotic Suscettibility Scales e l'Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, misurano la responsività del soggetto, non considerando il fatto che la risposta ai suggerimenti possa avvenire anche in assenza di induzione ipnotica.

Questo aspetto sottolinea la differenza tra suggestionabilità “immaginativa”, ovvero in mancanza di una precedente induzione ipnotica, e suggestionabilità “ipnotica”, in seguito invece a un'induzione ipnotica (Kirsch & Braffman, 2001).

Al momento però, tale distinzione non viene universalmente accettata nella comunità di ricerca (Barnier & Nash, 2008).

CAPITOLO 5: RICERCA E METODOLOGIA

5.1 Presentazione del progetto di ricerca e ipotesi

Tale progetto di ricerca, suddiviso in due fasi, ha l'obiettivo di dimostrare la presenza o meno di correlazioni tra determinati aspetti psicologici e il grado di ipnotizzabilità del soggetto.

La prima fase della ricerca è stata quella di individuare le caratteristiche psicologiche dei soggetti, quali ad esempio la capacità di assorbimento, la spontaneità, l'empatia, somministrando un protocollo contenente diversi test.

La seconda fase consisteva invece nella misurazione del grado di ipnotizzabilità dei soggetti che precedentemente avevano compilato il protocollo e che desideravano sottoporsi all'induzione ipnotica.

Alla luce della letteratura esaminata finora, sono state formulate le seguenti ipotesi:

1. Si ipotizza che ci siano relazioni tra l'assorbimento immaginativo e l'ipnotizzabilità (Tellegan & Atkinson, 1974). Si ipotizza in particolare di riscontrare un collegamento tra l'abilità del soggetto di essere coinvolto da processi immaginati da se stesso e la sua capacità di reagire alle tecniche ipnotiche.
2. Si ipotizza inoltre che ci siano relazioni tra la presenza di esperienze dissociative e la suscettibilità ipnotica del soggetto (Agargun et al., 1998), ovvero tra la facilità con cui il soggetto può essere ipnotizzato e le caratteristiche dissociative della personalità (Frischholz et al., 1992).

5.1.1 Campione. Tale ricerca prevede la distinzione tra due gruppi di partecipanti: un gruppo di validazione, composto da 240 soggetti, a cui è stato sottoposto il protocollo dei questionari, e un gruppo target, composto da 78 soggetti, a cui è stata fatta un induzione ipnotica in seguito alla compilazione della batteria dei questionari.

Il gruppo di validazione è di 240 soggetti sani di cui 118 di genere maschile (49,2 %) e 122 di genere femminile (50,8 %) (si veda grafico 5.1).

Il campione è stato suddiviso, anche se non equamente, in cinque fasce d'età: la prima, la più ampia, "dai 18 ai 25 anni" presenta una frequenza pari a 132 casi (55,0 %), la seconda "dai 26 ai 30 anni" una frequenza di 35 (14,6 %), la terza "dai 31 ai 45 anni" presenta 44 casi (18,3 %), la quarta "dai 46 ai 59 anni" 24 (10,0 %) e la quinta ed ultima fascia "dai 60 in su" presenta una frequenza pari a 5 casi (2,1 %) (si veda grafico 5.2).

Le altre caratteristiche indagate dalla griglia socioanagrafica riguardano il titolo di studio, il lavoro, lo stato civile e la religione.

I partecipanti con il titolo di studio "elementari" sono 2 (0,8 %), "medie inferiori" 29 (12,1 %), "diploma professionale (3 anni)" 14 (5,8 %), "maturità (5 anni)" 75 (31,3 %), "laurea" 112 (46,7 %) e "post laurea (dottorato o specializzazione)" sono 8 (3,3 %) (si veda grafico 5.3).

Per quanto riguarda il lavoro, è presente una frequenza di 116 studenti (48,3 %) e 115 lavoratori (47,9 %); i restanti 9 soggetti sono disoccupati (3,8 %) (si veda grafico 5.4).

Lo stato civile prevalente è quello "celibe-nubile" con una frequenza pari a 176 soggetti (73,3 %), quello "coniugato-convivente" 57 (23,8 %) e infine, quello relativo al "separato-divorziato-vedovo" presenta una frequenza minore equivalente a 7 casi (2,9

%) (si veda grafico 5.5).

La maggior parte dei partecipanti, 190 (79,2 %), non ha figli; 15 soggetti (6,3 %) hanno un figlio, 27 soggetti (11,3 %) ne hanno due, 7 partecipanti (2,9 %) ne hanno tre e un solo soggetto della ricerca (0,4 %) ne ha 5 (si veda grafico 5.6).

L'ultima variabile analizzata è la religione: i soggetti credenti sono la maggioranza, ovvero 154 (64,2 %) e i non credenti sono 86 (35,8%) (si veda grafico 5.7). In dettaglio, 152 (63,3 %) credenti appartengono alla religione cristiana, i 2 restanti (0,8 %) sono di religione ebraica e musulmana (si veda grafico 5.8). Un ultimo aspetto riguarda la pratica, solo 43 dei partecipanti credenti (17,9 %) sono praticanti e i 197 rimanenti (82,4 %) credenti e non, non lo sono (si veda grafico 5.9).

Grafico 5.1. Genere

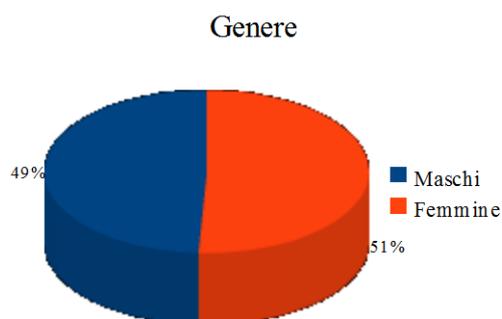


Grafico 5.2. Fasce d'età

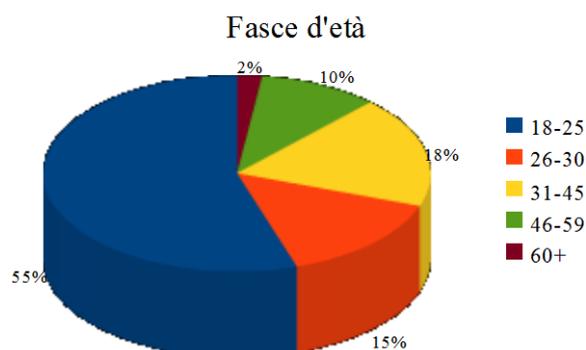


Grafico 5.3. Titolo di studio

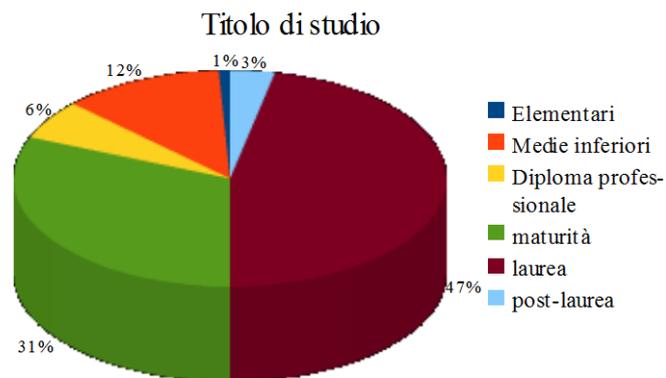


Grafico 5.4. Lavoro

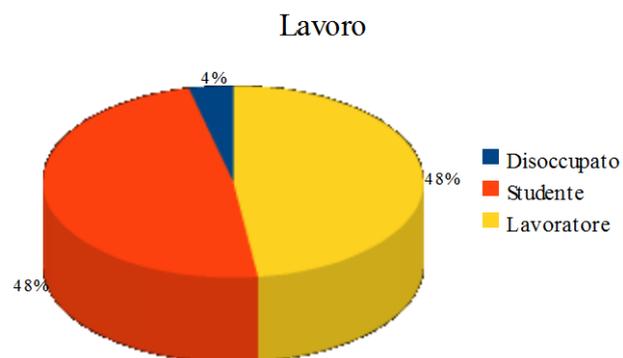


Grafico 5.5. Stato civile

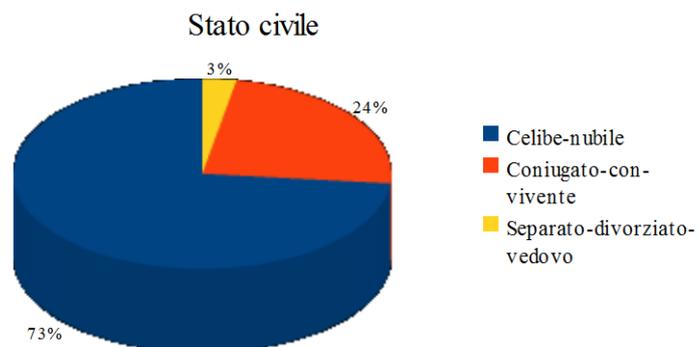


Grafico 5.6. Figli

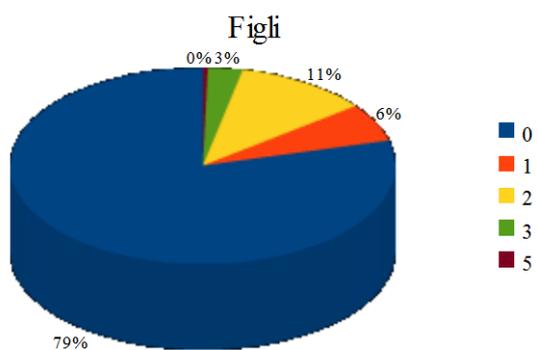


Grafico 5.7. Credenti

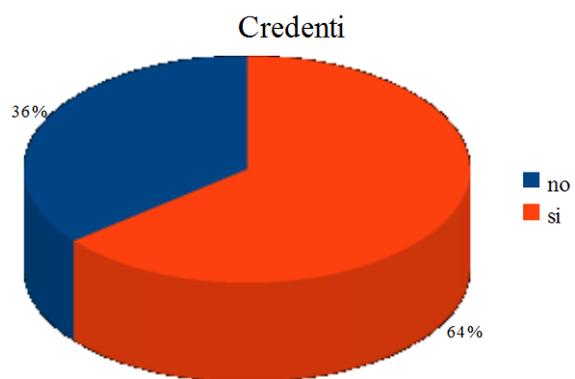


Grafico 5.8. Religione

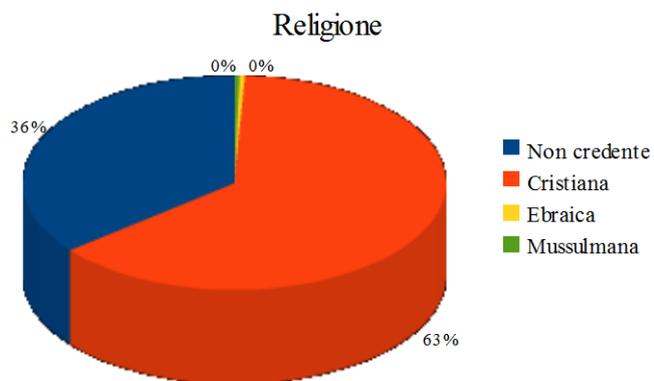
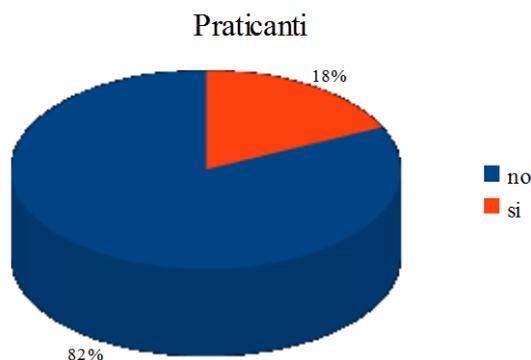


Grafico 5.9. Praticanti



Il campione a cui è stato somministrato il protocollo HIP, oltre a quello dei questionari, è di 78 soggetti sani di cui 37 di genere maschile (47,4 %) e 41 di genere femminile (52,6 %) (si veda grafico 5.10).

Per quanto riguardano le fasce d'età, quella "dai 18 ai 25 anni" presenta una frequenza pari a 40 casi (51,3 %), "dai 26 ai 30 anni" una frequenza di 15 (19,2 %), "dai 31 ai 45 anni" presenta 18 casi (23,1 %) e quella "dai 46 ai 59 anni" 5 casi (6,4 %) (si veda grafico 5.11).

In relazione al titolo di studio, la maggior parte dei soggetti, 52 (66,7 %), ha conseguito la laurea, 15 soggetti (19,2 %) hanno conseguito la maturità, 8 (10,3 %) la scuola di specializzazione, 2 (2,6 %) le medie inferiori e 1 (1,3 %) il diploma professionale (si veda grafico 5.12).

Tra i partecipanti, 40 (51,3 %) studiano e 38 (48,7 %) lavorano (si veda grafico 5.13).

Lo stato civile prevalente è quello "celibe-nubile" con una frequenza pari a 61 soggetti (78,2 %), quello "coniugato-convivente" 15 (19,2 %) e quello "separato-

divorziato-vedovo” 2 soli soggetti (2,6 %) (si veda grafico 5.14).

La più ampia parte dei soggetti, 68 (87,2 %), non ha figli; 4 soggetti (5,1 %) hanno un figlio, 5 (6,4 %) ne hanno due, 1 (1,3 %) ne ha tre (si veda grafico 5.15).

Per quanto riguarda la religione, i soggetti credenti, appartenenti tutti alla religione cristiana, sono 45 (57,7 %) e i non credenti sono 33 (42,3 %) (si veda grafico 5.16); Solo 14 dei partecipanti credenti (17,9 %) sono praticanti mentre 64 (82,1 %) credenti e non, non lo sono (si veda grafico 5.17).

In relazione ai punteggi ottenuti al protocollo HIP, è necessario considerare lo score di induzione, lo score di induzione esteso, il grado del profilo e il tipo di profilo. Tenendo in considerazione la suddivisione in fasce degli score di induzione precedentemente definiti, 36 partecipanti (46,2 %) presentano un'ipnotizzabilità “media” nello score di induzione, 32 (41 %) un'ipnotizzabilità “alta” e 10 (12,8 %) un'ipnotizzabilità “bassa” nello score di induzione (si veda grafico 5.18). La stessa maggioranza di soggetti mediamente ipnotizzabili si riscontra nello score di induzione esteso con una frequenza pari a 49 (62,8 %), 19 partecipanti (24,4 %) sono altamente ipnotizzabili e 10 (12,8 %) scarsamente ipnotizzabili (si veda grafico 5.19).

Il grado del profilo che più è frequente è il “3” avente una frequenza di 33 soggetti (42,3 %), segue il grado “4” con 25 (32,1 %), il grado “2” con 13 (16,7 %), il grado “5” con 6 (7,7 %) e il grado “1” con un solo soggetto (1,3 %) (si veda grafico 5.20).

Il tipo di profilo prevalente è quello “intatto” con una frequenza pari a 45 persone (57,7 %), quello “debole” ne caratterizza 22 (28,2 %), il profilo “decremento” 8 (10,3 %) e quello “intatto speciale” 3 (3,8 %) (si veda grafico 5.21); tra i partecipanti

della ricerca, non sono stati rilevati i profili “zero” e “zero speciale”.

Grafico 5.10. Genere

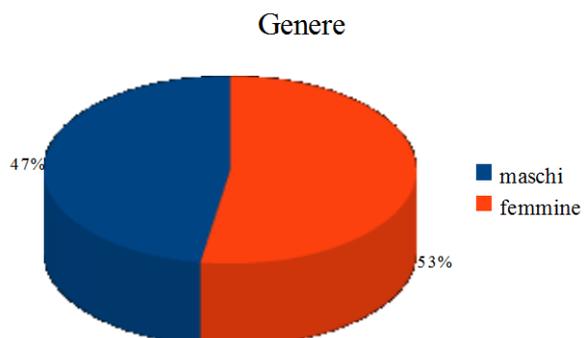


Grafico 5.11. Fasce d'età

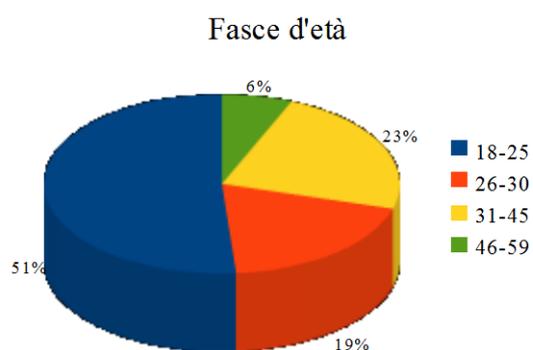


Grafico 5.12. Titolo di studio

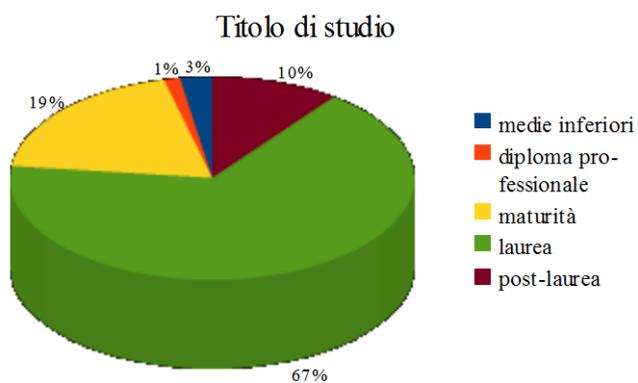


Grafico 5.13. Lavoro

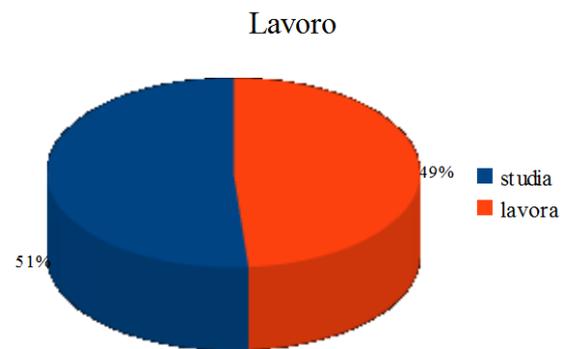


Grafico 5.14. Stato civile

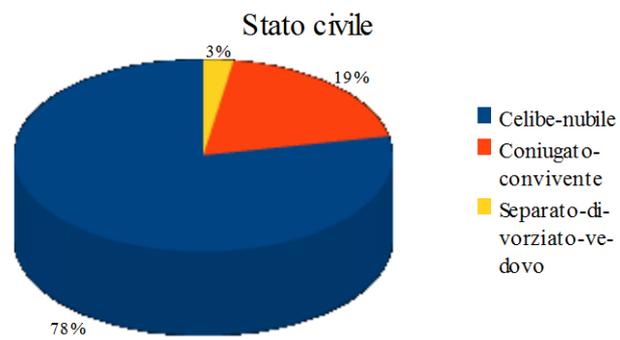


Grafico 5.15. Figli

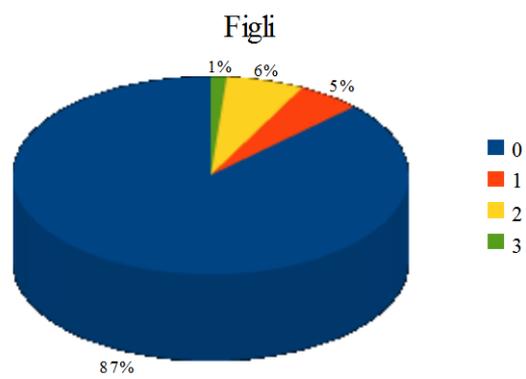


Grafico 5.16. Religione

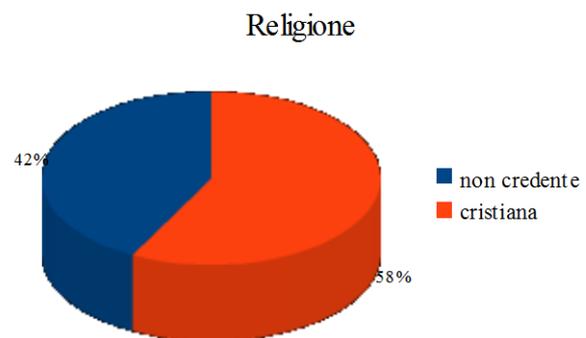


Grafico 5.17 Praticanti

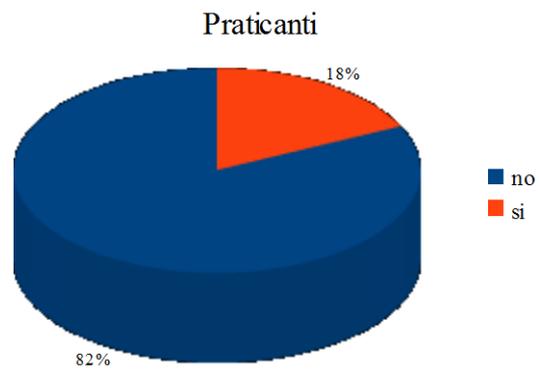


Grafico 5.18 Score induzione

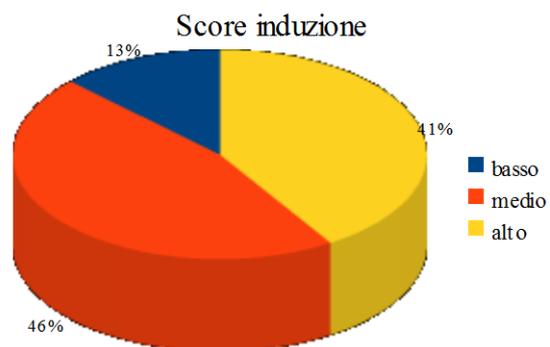


Grafico 5.19 Score induzione esteso

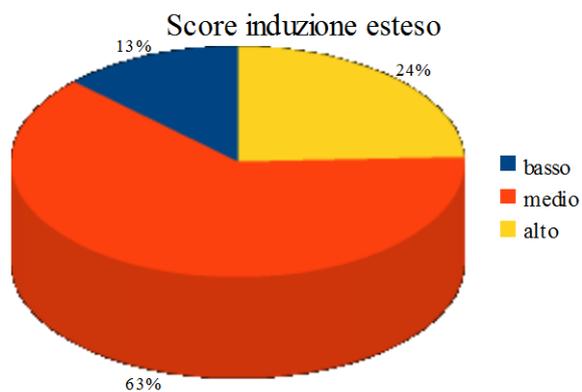


Grafico 5.20 Grado del profilo

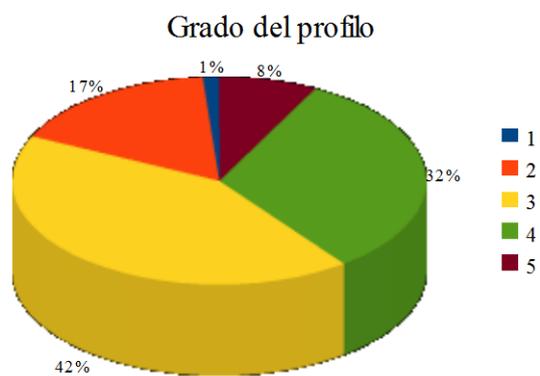
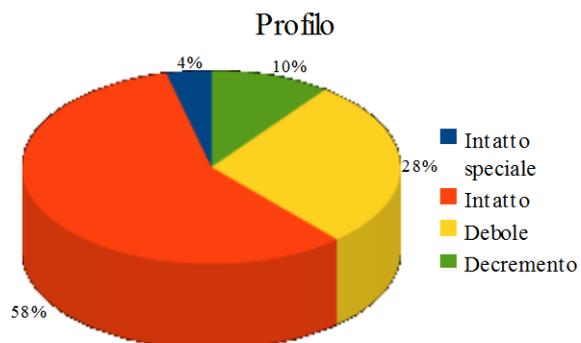


Grafico 5.21 Profilo



5.2 Metodologia

Per questo studio sono stati somministrati due protocolli: uno relativo ai test e l'altro all'induzione ipnotica.

Il primo contiene la griglia socioanagrafica (Allegato 1) e sette distinti test: Tellegan Absorption Scale (TAS) creata da Auke Tellegan e Atkinson nel 1974 per misurare la capacità di assorbimento del soggetto, Spontaneity Assessment Inventory-Revised (SAI-R) per la valutazione della spontaneità, Interpersonal Reactivity Index (IRI) per la misurazione dell'empatia, Dissociative Experiences Scale (DES) sviluppata da Bernstein e Putnam nel 1986 per verificare la presenza o la frequenza di esperienze dissociative, il short-form Boundary questionnaire per indicare i confini mentali, Mini Locus of Control per conoscere lo stile attributivo della persona e infine, Testoni Death Representation Scale (TDRS) per valutare la rappresentazione che il soggetto ha nei confronti della morte. Per valutare l'accettabilità del coefficiente Alpha di Cronbach, in tutti i questionari si fa riferimento alla seguente scala:

$\alpha < \text{di } 0.60 = \text{inaccettabile}$

α compreso tra 0.60 e 0.65 = indesiderabile

α compreso tra 0.65 e 0.70 = appena accettabile

α compreso tra 0.70 e 0.80 = buono

$\alpha > \text{di } 0.80 = \text{ottimo}$

Il grado di ipnotizzabilità del soggetto è stato misurato attraverso il protocollo HIP: Hypnotic Induction Profile (Spiegel, 1970). All'interno del protocollo sono state aggiunte le misurazioni relative alla pressione arteriosa (PA), in particolare alla PAS (pressione arteriosa sistolica), PAD (pressione arteriosa diastolica) e PAM (pressione

arteriosa media), alla frequenza cardiaca (FC) e alla saturazione dell'ossigeno (SpO₂). Tali misurazioni sono state condotte su 70 partecipanti per quattro volte: prima dell'item A, tra l'item D e E, tra l'item J e K e dopo l'item L, allo scopo di verificare eventuali diminuzioni o aumenti di valore.

5.2.1 TAS: Tellegan Absorption Scale. La Scala dell'Assorbimento di Tellegan misura una caratteristica della personalità nota come assorbimento. Con questo termine ci si riferisce a una predisposizione cognitiva del soggetto a concentrarsi unicamente nelle proprie esperienze e risorse rappresentative, quali ad esempio quelle percettive, fantastiche e ideative, con una conseguente alterazione della percezione, della memoria e dell'umore (Tellegan & Atkinson, 1974). Tellegan e Atkinson (1974) hanno dimostrato che l'assorbimento, oltre a essere un tratto stabile nel tempo, rappresenta una caratteristica correlata alla capacità ipnotica (Tellegan & Atkinson, 1974).

La scala misura, attraverso 34 item con risposta vero/falso, la capacità di assorbimento del soggetto; si è stimato un coefficiente $\alpha=.811$ che indica un'affidabilità ottima. Essa non comporta un'induzione ipnotica e necessita di soli 10 minuti per essere compilata. Gli item riguardano prevalentemente l'apertura dell'individuo alle esperienze e alterazioni emotive e cognitive attraverso una varietà di situazioni, quali ad esempio “durante la visione di un film, uno show televisivo o un gioco, posso a volte coinvolgermi così tanto da dimenticarmi di me stesso e di vivere l'esperienza della storia come se fosse reale e come se ne facessi parte” (item 3), “se lo desidero, posso immaginare (o sognare ad occhi aperti), alcune cose in modo così vivido da tenere la mia attenzione concentrata come in un buon film o in una storia” (item 7), “se lo

desidero, posso immaginare che tutto il mio corpo è talmente pesante da non poterlo muovere, nel caso in cui volessi farlo” (item 13), “mi capita spesso di sapere ciò che qualcuno sta per dire prima che lui/lei lo dica” (item 28) (Tellegan & Atkinson , 1972) (Allegato 2).

I punteggi vengono calcolati considerando le sole risposte affermative, creando una gamma possibile da 0 a 34 (numero degli item), in cui maggiore è il punteggio, maggiore è la capacità di assorbimento del soggetto (Tellegan & Atkinson, 1972).

5.2.2 SAI-R: Spontaneity Assessment Inventory-Revised. Il SAI-R è un questionario composto da 18 item, progettato da Kipper e Shemer nel 2006 per misurare l'intensità dei sentimenti e dei pensieri caratterizzanti la spontaneità (Allegato 4).

La versione originale, Spontaneity Assessment Inventory (SAI), è stata elaborata da Kipper e Hundal (2005); essa conteneva 20 item disposti su una scala Likert a 6 punti, da 1 (molto debole) e 6 (molto forte).

La revisione del SAI, Spontaneity Assessment Inventory-Revised, include una riduzione degli item da 20 a 18 e della scala Likert da 6 a 5 punti. La domanda posta è “con quanta intensità hai questi sentimenti o pensieri durante una giornata tipo?” ed è seguita da un elenco di 18 aggettivi e frasi che descrivono vari sentimenti e pensieri come ad esempio “felice” (item 2), “vivo” (item 5), “eccitato” (item 10), “vincente” (item 16). E' stato stimato un ottimo coefficiente di affidabilità, pari a $\alpha=.838$.

Il punteggio viene stimato sommando tutti gli item del questionario: alti punteggi indicano elevata spontaneità nella persona, bassi punteggi il contrario (Kipper & Shemer, 2006).

5.2.3 IRI: Interpersonal Reactivity Index. L'Interpersonal Reactivity Index (IRI) è uno strumento di misura dell'empatia ideato da Mark H. Davis nel 1980. Per empatia si intende la capacità di assumere la prospettiva di un'altra persona e comprendere il suo stato d'animo; esistono almeno due tipi di empatia, distinti ma allo stesso tempo interconnessi: l'empatia emotiva e l'empatia cognitiva (Davis, 1994; Duan & Hill, 1996).

La prima fa riferimento alla risposta affettiva orientata verso l'altro e congruente con la percezione del suo benessere (Batson, 1991): si tratta di un'emozione vicaria, derivante dal fatto di essere testimoni del disagio di un'altra persona. L'empatia non è un'emozione univoca e facilmente identificabile, ma piuttosto una costellazione di stati affettivi. A tal proposito, Stephan e Finlay (1999) propongono una differenziazione tra due forme di empatia emotiva: quella reattiva, costituita dalle risposte generate in reazione della sofferenza dell'altro (come ad esempio, tenerezza, comprensione e calore umano) e quella parallela, riferita alle emozioni che si provano "insieme all'altro" e che sono quindi simili a quelle esperite dall'altra persona (come ad esempio, tristezza e dolore per la condizione di difficoltà dell'altro, oppure risentimento o rabbia se l'altro è oggetto di ingiustizie) (Stephan & Finlay, 1999).

L'empatia cognitiva è legata invece all'assunzione di prospettiva, al "mettersi nei panni dell'altro": questo processo permette la comprensione profonda della condizione dell'altra persona e dei suoi vissuti interiori. Stephan e Finley (1999) in particolare, parlano di empatia cognitiva proprio per riferirsi alla capacità di "entrare" nei pensieri dell'altro e capire il suo punto di vista.

L'Interpersonal Reactivity Index è una scala multidimensionale, con $\alpha=.806$, composta da 28 item progettati per valutare entrambe le componenti dell'empatia (Allegato 4). Tale strumento è suddiviso in quattro sottoscale sostanzialmente indipendenti tra loro, ciascuna contenente sette item:

1. IRI-pt (Perspective Taking) adottare il punto di vista altrui: valuta la tendenza dell'individuo ad adottare spontaneamente il punto di vista psicologico degli altri; gli item che rientrano in tale sottoscala sono i numeri 3, 8, 11,15, 21, 25 e 28 e il coefficiente Alpha di Cronbach è di $\alpha=.699$.

2. IRI-fs (Fantasy Scale) identificazione con personaggi del cinema, del teatro o della letteratura: misura la tendenza a immaginare se stessi nelle stesse situazioni vissute dai personaggi fittizi di un un libro, film o gioco e immaginare conseguentemente gli identici sentimenti; tale sottoscala comprende gli item 1, 5, 7, 12, 16, 23 e 26 e ha un punteggio α pari a .814.

3. IRI-ec (Empathic Concern) compassione e preoccupazione verso persone che vivono esperienze spiacevoli: indaga i sentimenti di simpatia e interesse nei confronti delle persone in difficoltà; vi rientrano gli item 2, 4, 9, 14, 18, 20 e 22 e si è stimato un coefficiente α di .683.

4. IRI-pd (Personal Distress) ansia e disagio personali causati dall'assistere a esperienze spiacevoli di altre persone: affronta la tendenza del soggetto a sperimentare ansia o disagio nei confronti degli altri, in presenza di una situazione di stress o emergenza; gli item costituenti tale sottoscala sono i numeri 6, 10, 13, 17, 19, 24 e 27 e il coefficiente α risulta di .806 (Davis, 1980).

Davis (1983) inserisce le prime due sottoscale all'interno della dimensione cognitiva dell'empatia, e successive due sottoscale le inserisce invece nella dimensione emotiva dell'empatia.

Il soggetto risponde agli item all'interno di una scala Likert a 5 punti, dal “non ti descrive per nulla” al “ti descrive molto bene”.

Per quanto riguarda il punteggio dell'Interpersonal Reactivity Index, Davis (1980) sostiene che basarsi sul punteggio totale delle quattro sottoscale come indice di alta o bassa empatia, non ha senso, dal momento che ciascuna di esse misura aspetti distinti e non sono correlate tutte positivamente. E' perciò fondamentale distinguere le sommatorie di ciascuna sottoscala, invertendo i punteggi dei seguenti item: 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18 e 19 (Davis, 1980).

5.2.4 DES: Dissociative Experiences Scale. La Scala delle Esperienze Dissociative, sviluppata da Eve Bernstein Carlson e Frank W. Putnam nel 1986, è un questionario costituito da 28 item con l'obiettivo di valutare, in un tempo inferiore ai dieci minuti, la presenza o la frequenza di esperienze dissociative considerate non patologiche, ovvero, esperienze caratterizzate da una mancata o parziale integrazione delle funzioni cognitive, come la percezione, coscienza, memoria o identità (Bernstein & Putnam, 1986). Tra tali esperienze vi sono forme legate all'assorbimento e all'intenso coinvolgimento immaginativo (come ad esempio, la perdita della cognizione del tempo o dello spazio in seguito a un totale assorbimento nella lettura di un libro o ad esempio la perdita di una parte di conversazione dovuta alla fissazione su un pensiero), forme di derealizzazione e depersonalizzazione (come ad esempio, avere la sensazione che il

mondo circostante è irreale o sentirsi distaccato dal proprio corpo) e forme di amnesia dissociativa (come ad esempio, l'incapacità di ricordarsi periodi ed eventi molto importanti della propria vita) (DSM-IV-TR, 2000).

Per ciascun item il soggetto deve indicare, su una scala a 11 punti (da 0% che corrisponde a “mai” al 100% che corrisponde al “sempre”) la frequenza con cui sperimenta l'evento descritto nell'item (Bernstein & Putnam, 1986).

La scala, applicata a campioni tratti dalla popolazione generale, è risultata avere una struttura unifattoriale. Applicata a campioni clinici è risultata avere, in alcuni studi, una struttura trifattoriale (assorbimento, depersonalizzazione e derealizzazione, amnesia dissociativa).

Esempi di item sono “alcune persone hanno l'esperienza di guidare o stare in viaggio in auto, in autobus o in metropolitana e improvvisamente rendersi conto di non ricordare quanto è successo durante una parte o l'intera parte del viaggio” (item 1), “alcune persone hanno l'esperienza di sentire che il loro corpo non sembra appartenere a loro” (item 13), “alcune persone hanno l'esperienza di non essere sicure che gli eventi che ricordano siano accaduti realmente o siano stati semplicemente sognati” (item 15), “alcune persone trovano che a volte sentono voci nella loro testa che dicono loro di fare cose o commenti sulle cose che stanno facendo” (item 27) (Bernstein & Putnam, 1986). (Allegato 5).

Il punteggio complessivo è ottenuto sommando i punteggi ottenuti ai singoli item e dividendo tale somma per 28: in questo modo si ottiene un punteggio da 0 a 100, in cui maggiore è il punteggio, maggiore è la probabilità che il soggetto soffra di un Disturbo Dissociativo dell'Identità.

Per quanto riguardano le proprietà psicometriche, è stato dimostrato che la Scala delle Esperienze Dissociative ha sia una buona validità che una efficiente attendibilità (Bernstein & Putnam, 1986), si è infatti stimati un ottimo coefficiente Alpha di Cronbach pari a $\alpha=.945$.

5.2.5 The short-form Boundary questionnaire. La short-form Boundary questionnaire è la forma abbreviata dell'Hartmann questionnaire Boundary, creato da Ernest Hartmann e colleghi nel 1991 con lo scopo di misurare un indicatore della personalità conosciuto come “confine mentale”.

I confini, sia tra stati e gradi di coscienza, comportamenti, esperienze e sia tra persone o luoghi diversi, sono linee immaginarie che sperimentiamo nella nostra mente per distinguere i concetti. Alcune persone possiedono delle linee molto spesse di confine, in cui le categorie sono ben separate e distinte in bianco e nero (o sei giovane o sei vecchio, o sei bambino o sei adulto ecc ...), mentre altri hanno linee molto sottili, in cui invece le categorie tendono a fondersi l'uno nell'altro in una scala di grigi. Nel caso dei confini spessi, le persone tendono ad essere rigide e tradizionali, nell'altro estremo invece sono flessibili e non convenzionali.

La versione originale, formata da 146 item, misura lo spessore di confine esistente tra le abitudini, opinioni, preferenze del soggetto (Hartmann, 1991).

Esso è suddiviso in 12 categorie, quali ad esempio “limiti legati al sonno, veglia e sogno” (categoria 1), “confini interpersonali” (categoria 5), “sensibilità” (categoria 6), “pulizia, esattezza, precisione” (categoria 7), “opinioni sui popoli, nazioni, gruppi”.

La forma ridotta, ideata sempre da Hartmann (2001) ha un numero di item pari a

18, aventi una scala di risposta Likert a 5 punti, dove 0 indica “per niente vero” e 4 “molto vero”(Allegato 6). Si è stimato un coefficiente α di .699.

Esempi di item sono “i miei sentimenti si fondono l’uno dell’altro” (item 1), “nei miei sogni a volte le persone si fondono l’una nell’altra o diventano altre persone” (item 13), “non ci sono linee di demarcazione nette tra le persone normali, persone con problemi e le persone che sono considerate psicotiche o pazze” (item 15).

Il totale dei punteggi viene calcolato sommando tutti i punteggi degli item considerando che gli item 5, 6, 7, 16 devono essere invertiti; punteggi sotto al 30 rivelano un confine definito come “spesso”, mentre quelli sopra al 42, confine definito come “sottile” (Hartmann, 2011).

Le persone che presentano un confine sottile sono quelle che hanno esperienze di fusione e identità fluttuanti, sperimentano la sinestesia, fenomeno sensoriale e percettivo che indica una contaminazione dei sensi nella percezione, e la fusione di oggetti con sé e con gli altri (Hartmann, 2011).

5.2.6 Mini Locus of Control. Il Mini Locus of Control è un test abbreviato, composto da 6 item, che misura lo stile attributivo della persona; esso deriva dal Locus of Control questionnaire ideato da Rotter nel 1966.

Le attribuzioni sono i processi attraverso i quali gli individui interpretano le cause degli eventi, delle azioni e dei fatti che si verificano nel loro ambiente (Kelley, 1967). La principale categoria su cui ci si basa per definire tali cause è il locus of control, ovvero il grado di percezione rispetto al controllo del proprio destino e degli eventi, che può essere interno o esterno. Le persone con un locus of control interno

attribuiscono la causa di ciò che accade a se stessi e al proprio intervento, invece le persone con un locus of control esterno attribuiscono la causa di ciò che accade a fattori esterni a se stessi, come ad esempio il caso, la fortuna e fattori legati alla società (Rotter, 1966).

Il Mini Locus of Control presenta una struttura fattoriale chiara e ben definita che si fonda su tre tratti-fattori: il primo si riferisce alla fortuna, ovvero al gioco casuale delle circostanze esterne “c’è chi nasce fortunato e chi no” (item 1), “senza le occasioni giuste, è difficile avere successo nella vita” (item 2); il secondo all’eterodipendenza, cioè all’influenza esercitata dalle altre persone “La mia vita è controllata soprattutto dall’influenza esercitata dalle altre persone” (item 3), “sono gli altri che decidono se riesci nella tua vita oppure no” (item 4); il terzo e ultimo tratto-fattore riguarda l’internalismo, ovvero la volontà e capacità personali “le persone potrebbero fare molto di più, se solo ci provassero veramente” (item 5), “dipende solo da me se riesco a sfruttare le occasioni che la vita mi offre” (item 6) (Perussia & Viano, 2006) (Allegato 7).

Il punteggio totale viene calcolato sommando tutti gli item, tenendo però presente che gli item 5 e 6 sono invertiti; un alto punteggio indica la presenza di un locus of control esterno, e viceversa, un basso punteggio indica un locus of control interno (Perussia & Viano, 2006). È stato stimato un coefficiente Alpha di Cronbach appena indesiderabile ($\alpha=.597$).

Un vantaggio del Mini Locus of Control è quello di essere uno strumento semplice e di ridotte dimensioni, facilmente inseribile in molti protocolli di ricerca senza appesantirli, utile per ottenere un dato attendibile di primo inquadramento sulle

principali tendenze attributive della persona.

Un limite consiste invece nel fatto che lo stile di attribuzione possa essere influenzato dalla percezione degli altri come potenziali competitori, o come risorse positive anche sul piano emotivo, oppure come influenze potenti ma negative di cui tendenzialmente diffidare (Perussia & Viano, 2006).

5.2.7 TDRS: Testoni Death Representation Scale. La Testoni Death Representation Scale (TDRS) è un test che valuta la rappresentazione che il soggetto ha nei confronti della morte. Tale rappresentazione varia a seconda dell'età del soggetto, della cultura di cui fa parte, dell'educazione ricevuta, delle esperienze di vita e dall'adesione ad una religione o a un sistema di valori che regolano la relazione tra l'individuo e la società. Cruciali nella modificazione della rappresentazione della morte, risultano essere le esperienze caratterizzate dall'impossibilità di gestione della morte e inevitabile angoscia che ne scaturisce, ad esempio nella diagnosi di malattia terminale propria o di una persona cara. In questo caso, come in molti altri, è possibile osservare che la variabile temporale è molto significativa, in quanto le persone tendono ad orientare l'azione in base alla contrattazione culturale del senso dello stesso esistere (Testoni, 2007); di conseguenza si ipotizza che la rappresentazione che il soggetto ha della morte, sia un aspetto essenziale nell'elaborazione del lutto. La TDRS è uno strumento composto da 6 item ai quali il soggetto risponde su una scala Likert a 5 punti dal "sono totalmente in disaccordo" al "sono totalmente d'accordo". Tali item indagano la rappresentazione che il soggetto ha nei confronti della morte: morte come passaggio, "dopo la mia morte, continuerò ad esistere e mi ricorderò delle esperienze di questa

vita” (item 1), come annientamento definitivo “dopo la mia morte non esisterò quindi non farò alcuna esperienza” (item 2) o come cambiamento radicale “dopo la mia morte io non sarò più cosciente di essere me stessa/o” (item 3) (Allegato 8). Si è stimato un ottimo coefficiente α di .872.

Per lo scoring vengono invertite le risposte attribuite agli item 1, 5, 6 e successivamente viene fatta la sommatoria totale: un punteggio più alto indica un maggiore accordo con gli item 2, 3, 4 ovvero con la visione della morte come annientamento, e un minore accordo con gli item 1, 5, 6, visione della morte come passaggio (Testoni, 2007).

5.2.8 HIP: Hypnotic Induction Profile. La scelta di tale scala di ipnotizzabilità (Allegato 9), già approfondita nel capitolo precedente, è stata fatta prevalentemente per la chiarezza e semplicità degli item e la velocità nel tempo di somministrazione. A differenza delle altre scale, l' Hypnotic Induction Profile è adatto alla situazione clinica: tale test infatti, permette al paziente di conoscere la sua abilità ipnotica e di provare una breve esperienza ipnotica, e consente al medico di valutare la capacità ipnotica del soggetto in meno di cinque minuti. Ulteriori vantaggi riguardano la riduzione del rischio di scontro tra il paziente e il medico e la diminuzione della pressione percepita dal medico per eseguire l'ipnosi, dal momento che l'obiettivo non è più orientato sull'induzione del paziente in uno stato di trance, bensì sulla valutazione della sua capacità di sperimentare l'ipnosi. Tale scala ha inoltre condotto l'esperienza ipnotica, spesso avvolta nel misticismo, all'interno degli ordinari test medici e psicologici. L'HIP è una valida ed affidabile unità di misura. L'affidabilità oscilla in un range tra .68 e .76

e i punteggi ottenuti dall'HIP sono moderatamente e significativamente correlati con la Stanford Hypnotic Suscettibility Scale (SHSS) allo stesso livello in cui ciascun item della SHSS è correlato con il punteggio complessivo.

L'HIP è sensibile alle differenze cliniche diagnostiche: i punteggi ottenuti all'HIP sono infatti significativamente maggiori nei soggetti con disturbo post-traumatico da stress e pseudoepilessia e sono invece significativamente minori nei soggetti con schizofrenia. L'alta ipnotizzabilità valutata attraverso il protocollo HIP indica una correlazione positiva con la capacità di assorbimento del soggetto (Spiegel, 2012).

CAPITOLO 6: RISULTATI E DISCUSSIONE

6.1 Risultati

All'interno di questo paragrafo verranno analizzate le statistiche descrittive e le correlazioni statisticamente significative tra i dati “osservati” e quelli “attesi”.

6.1.1 Statistiche descrittive. Di seguito sono riportate le statistiche descrittive riferite al gruppo di validazione (240 soggetti).

Tabella 6.1. Valore minimo e massimo, Media (m) e Deviazione standard (DS) dei punteggi totali ottenuti ai questionari somministrati a 240 soggetti.

Totale Questionari	Minimo	Massimo	m	DS
Totale TAS	3	34	18,80	5,845
Totale SAIR	36	90	58,74	8,983
Totale IRI_PT	4	28	17,48	4,342
Totale IRI_FS	1	28	16,26	5,964
Totale IRI_EC	8	28	19,38	4,243
Totale IRI_PD	0	27	11,49	5,183
Totale IRI	32	93	64,61	12,266
Totale DES	6	244	70,11	46,483
Totale BOUNDARY	9	55	31,43	8,355
Totale LOC	6	20	12,11	2,838
Totale TDRS	6	30	18,31	6,201

Tabella 6.2. Numero dei soggetti (N), valore minimo e massimo, Media (m) e Deviazione Standard (DS) dell'età dei partecipanti.

N	Minimo	Massimo	m	DS
240	18	77	30,15	11,299

Tabella 6.3. Numero dei soggetti (N), Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione al genere (m = maschile; f = femminile).

Totale Questionari	Genere	N	m	DS
Totale TAS	m	118	17,26	5,6
	f	122	20,29	5,71
Totale SAIR	m	118	59,74	8,87
	f	122	57,78	9,03
Totale IRI_PT	m	118	16,64	4,22
	f	122	18,3	4,32
Totale IRI_FS	m	118	14,42	5,67
	f	122	18,03	5,72
Totale IRI_EC	m	118	18,34	4,38
	f	122	20,39	3,86
Totale IRI_PD	m	118	9,72	4,41
	f	122	13,2	5,31
Totale IRI	m	118	59,13	11,1
	f	122	69,92	10,97
Totale DES	m	118	67,35	43,37
	f	122	72,79	49,34
Totale BOUNDARY	m	118	30,37	8,32
	f	122	32,45	8,3
Totale LOC	m	118	12,39	2,9
	f	122	11,84	2,76
Totale TDRS	m	118	18,69	6,34
	f	122	17,94	6,07

Tabella 6.4. Numero dei soggetti (N), Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione al lavoro.

Totale Questionari	Lavoro	N	m	DS
Totale TAS	studia	116	18,98	5,874
	lavora	115	18,70	5,745
Totale SAIR	studia	116	56,75	8,352
	lavora	115	60,90	9,388
Totale IRI_PT	studia	116	18,47	4,215
	lavora	115	16,44	4,274
Totale IRI_FS	studia	116	17,87	5,337
	lavora	115	14,56	6,061
Totale IRI_EC	studia	116	19,28	4,274
	lavora	115	19,67	4,116
Totale IRI_PD	studia	116	13,03	5,098
	lavora	115	9,80	4,876
Totale IRI	studia	116	68,65	11,709
	lavora	115	60,47	11,382
Totale DES	studia	116	71,41	48,349
	lavora	115	69,70	44,605
Totale BOUNDARY	studia	116	32,51	8,908
	lavora	115	30,23	7,639
Totale LOC	studia	116	11,97	2,842
	lavora	115	12,36	2,854
Totale TDRS	studia	116	18,53	6,002
	lavora	115	18,10	6,542

Tabella 6.5. Numero dei soggetti (N), Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione al credo religioso.

Totale Questionari	Credente	N	m	DS
Totale TAS	si	154	19,19	5,908
	no	86	18,10	5,698
Totale SAIR	si	154	59,90	9,447
	no	86	56,67	7,713
Totale IRI_PT	si	154	17,44	4,204
	no	86	17,57	4,603
Totale IRI_FS	si	154	16,25	5,979
	no	86	16,27	5,973
Totale IRI_EC	si	154	19,80	3,986
	no	86	18,64	4,599
Totale IRI_PD	si	154	11,66	5,250
	no	86	11,17	5,076
Totale IRI	si	154	65,15	11,694
	no	86	63,65	13,247
Totale DES	si	154	75,70	47,938
	no	86	60,10	42,200
Totale BOUNDARY	si	154	31,65	7,993
	no	86	31,03	9,001
Totale LOC	si	154	12,10	2,883
	no	86	12,13	2,773
Totale TDRS	si	154	16,64	5,677
	no	86	21,31	5,991

Tabella 6.6. Numero dei soggetti (N), Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione alla pratica religiosa.

Totale Questionari	Praticante	N	m	DS
Totale TAS	si	43	20,09	5,420
	no	197	18,52	5,909
Totale SAIR	si	43	60,35	10,854
	no	197	58,39	8,512
Totale IRI_PT	si	43	17,63	4,192
	no	197	17,45	4,384
Totale IRI_FS	si	43	17,26	5,636
	no	197	16,04	6,025
Totale IRI_EC	si	43	20,67	4,508
	no	197	19,10	4,142
Totale IRI_PD	si	43	11,05	6,187
	no	197	11,58	4,950
Totale IRI	si	43	66,60	11,746
	no	197	64,18	12,363
Totale DES	si	43	77,93	45,351
	no	197	68,41	46,665
Totale BOUNDARY	si	43	32,72	8,833
	no	197	31,15	8,243
Totale LOC	si	43	11,56	3,275
	no	197	12,23	2,728
Totale TDRS	si	43	13,60	4,895
	no	197	19,34	5,986

Le tabelle sotto riportate indicano le statistiche descrittive riferite al gruppo target (78 soggetti).

Tabella 6.7. Valore minimo e massimo, Media (m) e Deviazione standard (DS) dei punteggi totali dei 78 questionari.

Totale Questionari	Minimo	Massimo	m	DS
Totale TAS	5	34	20,17	5,968
Totale SAIR	37	84	58,91	9,279
Totale IRI_PT	4	28	18,67	4,823
Totale IRI_FS	1	28	17,55	6,224
Totale IRI_EC	8	28	19,72	4,478
Totale IRI_PD	1	27	10,56	5,211
Totale IRI	34	88	66,50	12,376
Totale DES	7	244	67,77	47,905
Totale BOUNDARY	9	55	31,90	8,938
Totale LOC	6	18	12,00	2,819
Totale TDRS	6	30	18,29	6,781

Tabella 6.8. Numero dei soggetti (N), Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione allo score di induzione.

Totale Questionari	Score induzione	N	m	DS
Totale TAS	basso	10	19,50	5,017
	medio	36	19,72	6,218
	alto	32	20,88	6,052
Totale SAIR	basso	10	54,30	11,776
	medio	36	58,69	9,288
	alto	32	60,59	8,147
Totale IRI	basso	10	65,10	14,083
	medio	36	66,39	11,139
	alto	32	67,06	13,483
Totale IRI_PT	basso	10	20,00	3,621
	medio	36	18,11	4,477
	alto	32	18,88	5,511
Totale IRI_FS	basso	10	16,70	6,147
	medio	36	17,58	5,959
	alto	32	17,78	6,700
Totale IRI_EC	basso	10	17,90	6,350
	medio	36	19,44	3,895
	alto	32	20,59	4,362
Totale IRI_PD	basso	10	10,50	5,380
	medio	36	11,25	5,674
	alto	32	9,81	4,645
Totale DES	basso	10	65,60	53,623
	medio	36	65,83	41,069
	alto	32	70,63	54,284
Totale BOUNDARY	basso	10	29,90	8,212
	medio	36	32,72	9,993
	alto	32	31,59	7,995
Totale LOC	basso	10	12,40	2,951
	medio	36	11,86	2,939
	alto	32	12,03	2,718
Totale TDRS	basso	10	21,30	5,438
	medio	36	17,06	6,507
	alto	32	18,75	7,273

Tabella 6.9. Numero dei soggetti (N), Media (M) e Deviazioni standard (DS) dei punteggi totali dei questionari in relazione allo score di induzione esteso.

Totale Questionari	Score induzione esteso	N	m	DS
Totale TAS	basso	10	17,20	4,517
	medio	49	20,37	5,940
	alto	19	21,21	6,477
Totale SAIR	basso	10	54,60	11,128
	medio	49	59,37	9,480
	alto	19	60,00	7,394
Totale IRI	basso	10	63,60	12,668
	medio	49	65,76	12,158
	alto	19	69,95	12,730
Totale IRI_PT	basso	10	19,70	3,713
	medio	49	17,90	4,687
	alto	19	20,11	5,446
Totale IRI_FS	basso	10	15,30	6,075
	medio	49	17,69	5,948
	alto	19	18,37	7,025
Totale IRI_EC	basso	10	17,90	5,915
	medio	49	19,55	4,463
	alto	19	21,11	3,348
Totale IRI_PD	basso	10	10,70	4,547
	medio	49	10,61	5,758
	alto	19	10,37	4,166
Totale DES	basso	10	42,60	26,056
	medio	49	68,41	44,692
	alto	19	79,37	60,464
Totale BOUNDARY	basso	10	27,70	8,042
	medio	49	32,82	8,925
	alto	19	31,74	9,213
Totale LOC	basso	10	11,70	1,889
	medio	49	12,06	3,010
	alto	19	12,00	2,828
Totale TDRS	basso	10	21,80	6,512
	medio	49	17,51	6,449
	alto	19	18,47	7,486

Tabella 6.10. Numero dei soggetti (N), valore minimo e massimo, Media (m) e Deviazioni standard (DS) dei singoli item, score induzione, score induzione esteso, grado del profilo e minuti dell'HIP.

Item HIP	Minimo	Massimo	m	DS
Item A	1	4	2,68	,546
Item B	1	4	3,00	,822
Item C	0	2	,18	,477
Item D	1	4	3,13	,795
Item E	0	4	2,32	1,038
Item F: Confortevole	0	2	1,87	,373
Item F: Formicolio	0	2	,87	,843
Item G	0	2	1,63	,705
Item H	0	4	1,36	1,503
Item I	0	2	1,59	,692
Item J	0	2	1,50	,679
Item K	0	2	1,45	,863
Item L	0	2	1,28	,601
Score induzione	0,0	10,0	6,641	2,2199
Score induzione esteso	2,5	16,0	9,846	3,1285
Grado del profilo	1	5	3,28	,881
Minuti	6	17	10,33	2,022

Tabella 6.11. Valori della Media (m), Deviazione standard (DS) e range della pressione arteriosa sistolica (PAS), diastolica (PAD), media (PAM), frequenza cardiaca (FC) e saturazione arteriosa di ossigeno (SpO2) in 70 soggetti: prima dell'induzione di ipnosi (A) dopo l'induzione (B), dopo il differenziale di controllo (C) e a fine sessione (D).

Misurazioni	A m±DS (range)	B m±DS (range)	C m±DS (range)	D m±DS (range)
PAS	127,89±11,796 (107-155)	127,30±13,564 (102-156)	125,46±13,010 (96-163)	124,53±13,118 (95-163)
PAD	78,31±8,742 (61-103)	78,76±9,434 (60-105)	80,13±8,328 (63-101)	79,51±7,829 (64-100)
PAM	94,84±8,472 (79-119)	94,94±9,307 (76-122)	95,24±8,817 (76-117)	94,52±8,432 (76-117)
FC	75,76±11,614 (44-105)	75,56±13,711 (44-113)	76,07±11,258 (46-110)	74,81±11,101 (46-100)
SpO2	98,14±1,300 (93-100)	98,11±2,459 (79-99)	98,23±1,092 (94-99)	98,30±1,068 (94-99)

6.1.2 Correlazioni. Per correlazione si intende un indice che misura l'associazione fra due variabili, ovvero la tendenza che esse hanno a muoversi congiuntamente; due variabili statistiche si dicono positivamente correlate quando

tendono a muoversi nella stessa direzione. Dall'analisi dei dati sono emerse diverse correlazioni positive. La prima riguarda la correlazione tra i test, in particolare, tra quelli tradotti dall'inglese, Tellegan Absorption Scale (TAS), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Dissociative Experiences Scale (DES), the short-form Boundary questionnaire e quelli già presenti in italiano, Mini Locus of Control, Testoni Death Representation Scale (TDRS) e Spontaneity Assessment Inventory-Revised (SAI-R). La seconda concerne le misurazioni cardiorespiratorie effettuate nel corso del protocollo Hypnotic Induction Profile (HIP). La terza si riferisce alla relazione emersa tra i punteggi totali dei test e quelli del protocollo HIP, considerando di quest'ultimo le fasce “bassa-media-alta” ipnotizzabilità. La quarta e ultima correlazione riguarda gli item dei test e lo score di induzione esteso.

Correlazione tra i test. Per queste correlazioni abbiamo utilizzato l' r di Pearson, un coefficiente che può variare da -1,0 a +1,0 e che indica l'intensità delle relazioni tra le variabili. Per interpretare le correlazioni si fa riferimento al range di Cohen (1988), secondo il quale un coefficiente di correlazione tra .10 e .29 rappresenta una debole associazione, un coefficiente di correlazione tra .30 e .49 rappresenta un'associazione di media intensità e un coefficiente di correlazione di .50 o più rappresenta una forte associazione.

L'analisi dei 240 protocolli dei test del gruppo di validazione, ha messo in evidenza la presenza di correlazioni, seppur deboli, statisticamente significative. In particolare, tra i totali ottenuti al TAS con quelli ottenuti al Mini Locus of Control, ($r=-0,144$; $p=0,025$), al TDRS ($r=-0,152$; $p=0,019$) e al SAI-R ($r=0,145$; $p=0,025$).

Il totale del DES presenta una correlazione statisticamente significativa con il totale del TDRS ($r=-0,135$; $p=0,037$).

Per quanto riguarda l'IRI, il totale dell'IRI-pt (Interpersonal Reactivity Index-perspective taking) ha una correlazione statisticamente significativa con il totale del Mini Locus of Control ($r=-0,212$; $p=0,001$); il totale dell'IRI-fs (Interpersonal Reactivity Index-fantasy scale) presenta una correlazione statisticamente significativa con il totale del Mini Locus of Control ($r=-0,133$; $p=0,039$); il totale dell'IRI-ec (Interpersonal Reactivity Index-empathic concern) con il totale del TDRS ($r=-0,131$; $p=0,043$); il totale dell'IRI-pd (Interpersonal Reactivity Index-personal distress) mostra una correlazione sia con il Mini Locus of Control ($r=0,178$; $p=0,006$) che con il SAI-R ($r=0,272$; $p=0,000$).

L'unico test che non è risultato correlato né con il Mini Locus Of Control, né con il TDRS e né con il SAI-R è il short-form Boundary questionnaire.

Riassumendo, dall'analisi dei 240 protocolli è emerso che i test tradotti dall'inglese che risultano essere correlati con quelli in italiano sono il TAS, il DES e le quattro forme dell'IRI: l'IRI-pt, IRI-fs, IRI-ec, IRI-pd.

L'analisi dei 78 protocolli dei test nel gruppo target ha mostrato correlazioni, benché la maggior parte deboli, statisticamente significative.

In dettaglio, tra il totale del TAS e quello TDRS ($r=-0,228$; $p=0,045$); tra il totale del short-form Boundary questionnaire e il totale TDRS ($r=-0,231$; $p=0,042$); tra il totale IRI-pt e il totale del Mini Locus of Control ($r=-0,224$; $p=0,048$); il totale IRI-pd è significativamente correlato sia con il totale del Mini Locus of Control ($r=0,247$; $p=0,015$) che con il totale del SAI-R ($r=-0,320$; $p=0,004$); infine, il totale dell'IRI è

correlato con il totale del TDRS ($r=-0,290$; $p=0,010$).

In sintesi, dall'analisi dei 78 protocolli è emerso che i test tradotti dall'inglese che risultano essere correlati con quelli in italiano sono il TAS, il short-form Boundary questionnaire, l'IRI e in particolare le forme IRI-pt e IRI-pd.

In base a quanto affermato da Cohen, è risultata una correlazione negativa tra il TAS e il TDRS in entrambi i gruppi, ($r=-0,152$, $p=0,019$ nel gruppo di validazione e ($r=-0,228$, $p=0,045$ nel gruppo target) evidenziando un legame di tipo inverso tra le due variabili; è risultata una correlazione negativa anche tra l'IRI-pt e il Mini Locus of Control ($r=-0,212$, $p=0,001$ nel gruppo di validazione e $r=-0,224$ $p=0,048$ nel gruppo target) e tra l'IRI-pd e il SAI-R ($r=-0,272$, $p=0,000$ nel gruppo di validazione e $r=-0,320$ $p=0,004$ nel gruppo target); infine, è risultata una correlazione positiva tra l'IRI-pd e il Mini Locus of Control ($r=0,178$, $p=0,006$ nel gruppo di validazione e $r=0,274$ $p=0,015$ nel gruppo target) nel senso che al variare di uno dei due fattori varia anche l'altro nella sua stessa direzione.

Le correlazioni tra i test mettono perciò in evidenza che i due gruppi, quello di validazione e quello target, correlano nello stesso modo, in quanto è presente la stabilità nei legami tra gli strumenti in entrambi i gruppi, quello di validazione e quello target.

Le altre correlazioni presenti in entrambi i gruppi sono: tra il TAS e il DES, short-form Boundary questionnaire, IRI-pt, IRI-fs, IRI-ec, IRI; tra il DES e il TAS, short-form Boundary questionnaire, IRI-pd e IRI; tra il short-form Boundary questionnaire e il TAS, DES, IRI-fs, IRI-pd, IRI; tra l'IRI-pt e il TAS, IRI-fs, IRI; tra l'IRI-fs e il TAS, short-form Boundary questionnaire, IRI-pt e IRI; tra l'IRI-ec e il TAS, IRI; tra l'IRI-pd e il DES, short-form Boundary questionnaire e IRI; tra l'IRI e TAS,

DES, short-form Boundary questionnaire, IRI-pt, IRI-fs, IRI-ec, IRI-pd; tra il Mini Locus of Control e IRI-pt e IRI-pd; tra il TDRS e il TAS; tra il SAI-R e l'IRI-pd.

Di seguito sono riportate le tabelle relative alle correlazioni tra i test nel gruppo di validazione (tabella 6.11) e nel gruppo target (tabella 6.12).

Tabella 6.12. Correlazioni tra i punteggi totali dei test ottenuti dal gruppo di validazione (240 soggetti) (r=coefficiente di correlazione di Pearson; p=valore di significatività, i valori in grassetto indicano che la correlazione è significativa).

Totali		TAS	DES	BOUNDARY	IRI_PT	IRI_FS	IRI_EC	IRI_PD	IRI	LOC	TDRS	SAIR
TAS	r	1	0,38	0,44	0,26	0,48	0,31	,057	0,46	-0,14	-0,15	0,15
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,378	,000	,025	,019	,025
DES	r	0,38	1	0,35	,049	0,2	,095	0,19	0,23	,066	-0,14	,108
	p	,000		,000	,448	,002	,144	,004	,000	,309	,037	,096
BOUNDARY	r	0,44	0,35	1	,117	0,4	0,15	0,25	0,39	,010	-,090	-,056
	p	,000	,000		,071	,000	,017	,000	,000	,877	,166	,388
IRI_PT	r	0,26	,049	,117	1	0,32	0,3	-,066	0,58	-,021	-,085	-,081
	p	,000	,448	,071		,000	,000	,306	,000	,001	,190	,209
IRI_FS	r	0,48	0,2	0,4	0,32	1	0,27	,121	0,74	-,013	-,080	,013
	p	,000	,002	,000	,000		,000	,061	,000	,039	,219	,844
IRI_EC	r	0,31	,095	0,15	0,3	0,27	1	,125	0,64	-,118	-0,13	,112
	p	,000	,144	,017	,000	,000		,053	,000	,068	,043	,083
IRI_PD	r	,057	0,19	0,25	-,066	,121	,125	1	0,5	0,18	-,027	-,027
	p	,378	,004	,000	,306	,061	,053		,000	,006	,683	,000
IRI	r	0,46	0,23	0,39	0,58	0,74	0,64	0,5	1	-,106	-,125	-,099
	p	,000		,103	,053	,127						
LOC	r	-0,14	,066	,010	-,021	-,013	-,118	0,18	-,106	1	,090	-,056
	p	,025	,309	,877	,001	,039	,068	,006	,103		,164	,390
TDRS	r	-0,15	-0,14	-,090	-,085	-,080	-0,13	-,027	-,125	,090	1	-0,13
	p	,019	,037	,166	,190	,219	,043	,683	,053	,164		,042
SAIR	r	0,15	,108	-,056	-,081	,013	,112	-,027	-,099	-,056	-0,13	1
	p	,025	,096	,388	,209	,844	,083	,000	,127	,390	,042	

Tabella 6.13. Correlazioni tra i punteggi totali dei test ottenuti dal gruppo target (78 soggetti) (r=coefficiente di correlazione di Pearson; p=valore di significatività, i valori in grassetto indicano che la correlazione è significativa).

Totali		TAS	DES	BOUNDARY	IRI_PT	IRI_FS	IRI_EC	IRI_PD	IRI	LOC	TDRS	SAIR
TAS	r	1	0,4	0,4	0,32	0,45	0,26	,094	0,48	-,190	-0,23	,141
	p		,000	,000	,005	,000	,023	,414	,000	,096	,045	,219
DES	r	0,4	1	0,35	,099	,099	,132	0,38	0,3	,170	-,168	,032
	p	,000		,002	,390	,390	,249	,001	,008	,137	,142	,779
BOUNDARY	r	0,4	0,35	1	,060	0,37	-,014	0,31	,334	-,041	-0,23	,011
	p	,000	,002		,603	,001	,901	,006	,003	,720	,042	,925
IRI_PT	r	0,32	,099	,060	1	0,36	,205	,014	0,65	-0,22	-,161	-,136
	p	,005	,390	,603		,001	,071	,901	,000	,048	,158	,234
IRI_FS	r	0,45	,099	0,37	0,36	1	,085	-,025	0,67	-,118	-,193	,036
	p	,000	,390	,001	,001		,458	,826	,000	,302	,090	,755
IRI_EC	r	0,26	,132	-,014	,205	,085	1	,202	0,57	-,152	-,206	,222
	p	,023	,249	,901	,071	,458		,077	,000	,183	,070	,051
IRI_PD	r	,094	0,38	0,31	,014	-,025	,202	1	0,49	0,27	-,132	-0,32
	p	,414	,001	,006	,901	,826	,077		,000	,015	,248	,004
IRI	r	0,48	0,3	0,33	0,65	0,67	0,57	0,49	1	-,087	-0,29	-,090
	p	,000	,008	,003	,000	,000	,000	,000		,450	,010	,436
LOC	r	-,190	,170	-,041	-0,22	-,118	-,152	0,27	-,087	1	,138	-,206
	p	,096	,137	,720	,048	,302	,183	,015	,450		,229	,070
TDRS	r	-0,23	-,168	-0,23	-,161	-,193	-,206	-,132	-0,29	,138	1	-,009
	p	,045	,142	,042	,158	,090	,070	,248	,010	,229		,937
SAIR	r	,141	,032	,011	-,136	,036	,222	-0,32	-,090	-,206	-,009	1
	p	,219	,779	,925	,234	,755	,051	,004	,436	,070	,937	

Correlazioni tra le misurazioni cardiorespiratorie e il protocollo Hypnotic

Induction Profile (HIP). L'analisi condotta per queste correlazioni è l'analisi della varianza (ANOVA) a misure ripetute; l'ANOVA consiste in una tecnica statistica fondamentale che consente di verificare se differenti punteggi nelle medie di due o più

gruppi possano essere attribuiti al caso oppure ad una variabile che determina la composizione dei gruppi. Essa permette di verificare se la varianza tra i gruppi (between) è significativamente più elevata della varianza entro i gruppi (within) o sia dovuta essenzialmente a differenze individuali casualmente distribuite nella popolazione. Questo confronto viene effettuato con il test statistico F di Fischer, che rappresenta il rapporto tra la varianza between e la varianza within; pertanto, maggiore è il valore della F, maggiore sarà la differenza tra le medie dei gruppi. Per decidere se la differenza riscontrata è statisticamente significativa, si deve controllare il livello di significatività p associato al test F (Ercolani, Areni & Leone, 2008).

La tabella 6.14 presenta il risultato del modello ANOVA relativamente al fattore entro-soggetti tempo e all'interazione: è risultata una differenza significativa del fattore entro-soggetti tempo rispetto alla pressione arteriosa sistolica (PAS), dimostrando che i valori sono cambiati nel tempo (prima dell'induzione di ipnosi, dopo l'induzione, dopo il differenziale di controllo e a fine sessione). Osservando il valore di significatività del test F si può concludere che l'induzione ha un effetto significativo sulla PAS ($F=5,187$; $p<0,05$), ma non sulle altre misurazioni cardiorespiratorie, quali pressione arteriosa diastolica (PAD), media (PAM), frequenza cardiaca (FC) e saturazione arteriosa di ossigeno (SpO_2).

I confronti a posteriori con il metodo di Bonferroni fanno emergere che la differenza significativamente maggiore della PAS si riscontra tra la misurazione effettuata prima dell'induzione di ipnosi e quella effettuata a fine sessione ($p=0,009$).

Tabella 6.14. Analisi della varianza univariata relativa al fattore entro-soggetti tempo. I valori di p evidenziati in grassetto indicano il livello di significatività ($p < 0,05$).

ANOVA univariata							
Sorgente			Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	p
tempo	PAS	Assumendo la sfericità	515,386	3	171,795	5,187	,002
		Greenhouse-Geisser	515,386	2,455	209,895	5,187	,004
		Huynh-Feldt	515,386	2,553	201,883	5,187	,003
		Limite inferiore	515,386	1,000	515,386	5,187	,026
	PAD	Assumendo la sfericità	135,786	3	45,262	1,873	,135
		Greenhouse-Geisser	135,786	2,334	58,183	1,873	,150
		Huynh-Feldt	135,786	2,420	56,099	1,873	,148
		Limite inferiore	135,786	1,000	135,786	1,873	,176
	PAM	Assumendo la sfericità	18,452	3	6,151	,328	,805
		Greenhouse-Geisser	18,452	2,348	7,859	,328	,755
		Huynh-Feldt	18,452	2,436	7,576	,328	,763
		Limite inferiore	18,452	1,000	18,452	,328	,569
	FC	Assumendo la sfericità	59,929	3	19,976	,582	,627
		Greenhouse-Geisser	59,929	2,586	23,170	,582	,603
		Huynh-Feldt	59,929	2,696	22,229	,582	,609
		Limite inferiore	59,929	1,000	59,929	,582	,448
	SPO2	Assumendo la sfericità	1,496	3	,499	,286	,835
		Greenhouse-Geisser	1,496	1,346	1,111	,286	,663
		Huynh-Feldt	1,496	1,364	1,097	,286	,666
		Limite inferiore	1,496	1,000	1,496	,286	,594

Tabella 6.15. Confronti a posteriori con il metodo di Bonferroni, in cui 1 indica la misurazione effettuata prima dell'induzione di ipnosi, 2 dopo l'induzione, 3 dopo il differenziale di controllo e 4 a fine sessione. I valori evidenziati in grassetto indicano la significatività della differenza media a livello di $p < 0,05$.

Confronti a coppie				
(I) PAS	(J) PAS	Differenza media (I-J)	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%^b	
			Limite inferiore	Limite superiore
1	2	,586	-2,074	3,245
	3	2,429	-,524	5,381
	4	3,357	,597	6,117
2	1	-,586	-3,245	2,074
	3	1,843	-1,107	4,793
	4	2,771	,187	5,356
3	1	-2,429	-5,381	,524
	2	-1,843	-4,793	1,107
	4	,929	-,835	2,692
4	1	-3,357	-6,117	-,597
	2	-2,771	-5,356	-,187
	3	-,929	-2,692	,835

Correlazioni tra i test e il protocollo Hypnotic Induction Profile (HIP).

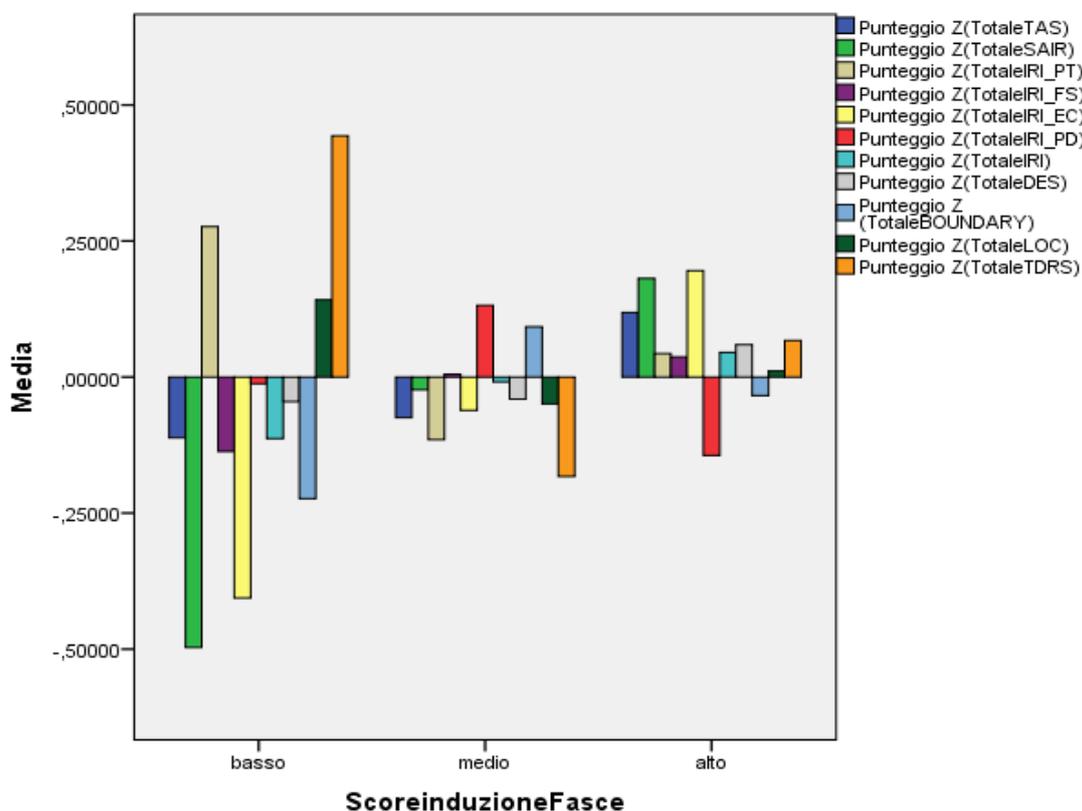
Tenendo in considerazione il punteggio totale conseguito in ciascun test e i punteggi di induzione e di induzione esteso ottenuti nel protocollo HIP, è possibile osservare il modo in cui essi correlano tra loro. I grafici sotto riportati indicano i punti standard, ovvero, la distanza positiva o negativa che un dato punteggio ha rispetto alla media aritmetica; tali punti vengono calcolati sottraendo un valore costante (la media) da ogni punteggio grezzo e dividendo il risultato con un'altra costante (la deviazione standard della distribuzione). Di conseguenza, le differenze tra i vari punti standard così ottenute rispecchiano quelle esistenti tra i corrispondenti punteggi grezzi; i punti standard

trasformati linearmente vengono detti anche “punti z” e definiscono una scala dalla quale risulta di quante deviazioni standard un punteggio grezzo si scosta dalla media del gruppo, al di sopra o al di sotto di essa. La nuova scala dei punti standard viene denominata anche “scala 0 ± 1 ”, in quanto ha una media di distribuzione pari a 0 (origine della nuova scala) e una deviazione standard di ± 1 . Un punto standard pari a 0 corrisponde esattamente alla media della distribuzione. Punti standard positivi indicano prestazioni superiori alla media, mentre punti standard negativi indicano prestazioni inferiori ad essa (Vidotto, Xausa & Pedon 1996).

Il grafico 6.16 indica il modo in cui i totali dei punteggi dei test si comportano in relazione alle fasce dello score di induzione “bassa”, “media” e “alta” ipnotizzabilità. E' possibile osservare che nella fascia “bassa ipnotizzabilità” i punteggi “z” relativi ai totali del TAS, SAI-R, IRI-fs, IRI-ec, IRI-pd, IRI, DES e short-form Boundary questionnaire sono negativi e ciò indica che i soggetti con una scarsa ipnotizzabilità hanno ottenuto punteggi inferiori rispetto alla media; i punteggi “z” dei totali dell'IRI-pt, Mini Locus of Control e TDRS sono invece positivi e mostrano che i soggetti con una bassa ipnotizzabilità hanno ottenuti punteggi superiori alla media. Punteggi “z” estremamente negativi sono quelli del SAI-R ($z=-,50$) e dell'IRI-ec ($z=-,40$), invece quelli estremamente positivi sono l'IRI-pt ($z=,30$) e TDRS ($z=,45$). Nella fascia “media ipnotizzabilità” gli unici punteggi “z” al di sopra della media risultano essere i totali dell'IRI-fs, IRI-pd e short-form Boundary questionnaire, tutti gli altri sono sotto alla media ma in misura nettamente inferiore rispetto alla fascia precedentemente esposta. Per quanto riguarda la fascia “alta ipnotizzabilità”, gli unici punti “z” negativi sono quelli relativi ai totali dell'IRI-pd e del short-form Boundary questionnaire, gli altri

hanno punteggi “z” positivi e perciò con punteggi ai test superiori rispetto alla media.

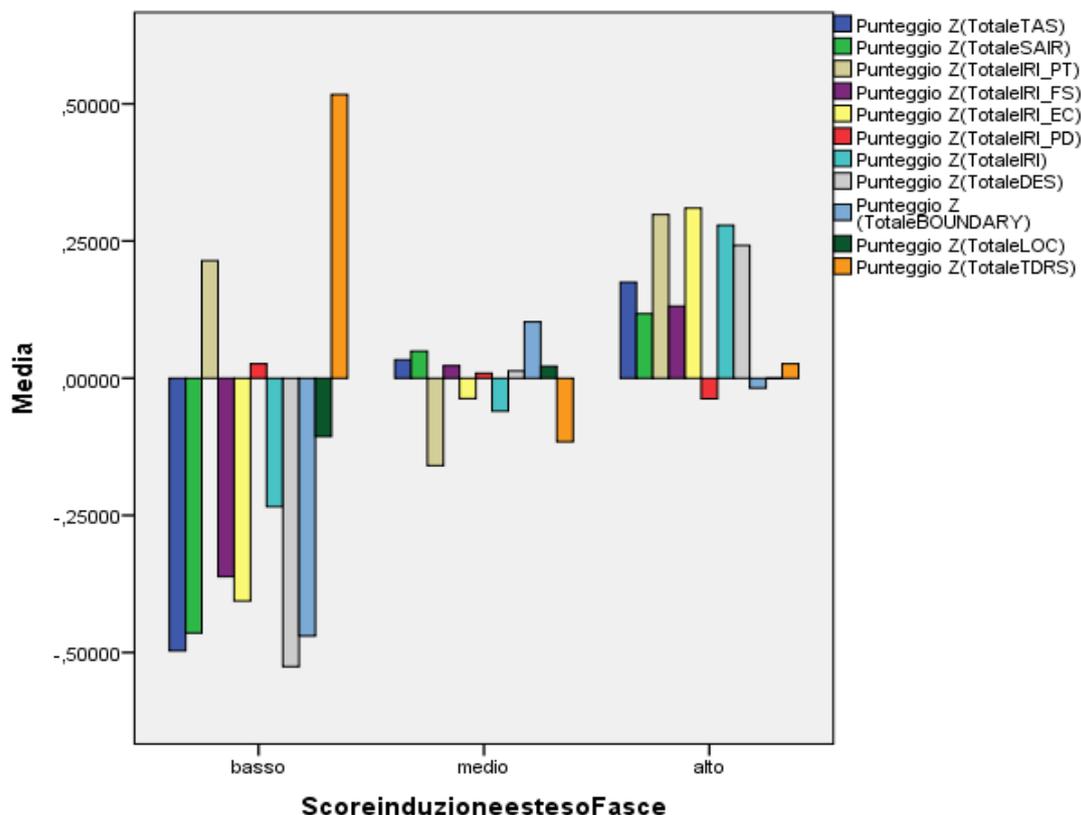
Grafico 6.16. Punteggi “z” riguardanti la relazione tra i punteggi totali dei test e le fasce di “bassa-media-alta” ipnotizzabilità dello score di induzione. La media è indicata dal valore di 0.



Il grafico 6.17 indica come i totali dei punteggi ottenuti ai test si relazionano alle fasce dello score di induzione esteso “bassa”, “media” e “alta” ipnotizzabilità; tali punteggi risultano avere correlazioni simili a quelle dello score di induzione. In dettaglio, la fascia “bassa ipnotizzabilità” è caratterizzata da punteggi “z” positivi solo per i totali dei questionari IRI-pt, IRI-pd e TDRS, con un punteggio z maggiore a ,50 per il TDRS; gli altri questionari hanno punteggi al di sotto della media, in particolare il TAS ($z=-,50$), SAI-R ($z=-,45$), IRI-fs ($z=-,35$), IRI-ec ($z=-,40$), DES ($z=-,53$) e short-form Boundary questionnaire ($z=-45$) hanno punteggi estremamente negativi. La fascia

“media ipnotizzabilità” presenta punteggi “z” positivi ma vicini alla media, relativi ai totali del TAS, SAI-R, IRI-fs, IRI-pd, DES, short-form Boundary questionnaire e TDRS; gli altri, IRI-pt, IRI-ec, IRI e TDRS, hanno punteggi “z” inferiori alla media. La fascia “alta ipnotizzabilità” è caratterizzata da solo due punti “z” sotto la media, quelli dell'IRI-pd e del short-form Boundary questionnaire, tutti gli altri hanno punti “z” positivi ovvero con prestazioni al di sopra della media. La fascia “media ipnotizzabilità” presenta punteggi “z” positivi ma vicini alla media, relativi ai totali del TAS, SAI-R, IRI-fs, IRI-pd, DES, short-form Boundary questionnaire e TDRS; gli altri, IRI-pt, IRI-ec, IRI e TDRS, hanno punteggi “z” inferiori alla media. La fascia “alta ipnotizzabilità” è caratterizzata da solo due punti “z” sotto la media, quelli dell'IRI-pd e del short-form Boundary questionnaire, tutti gli altri hanno punti “z” positivi ovvero con prestazioni al di sopra della media.

Grafico 6.17. Punteggi “z” riguardanti la relazione tra i punteggi totali dei test e le fasce di “bassa-media-alta” ipnotizzabilità dello score di induzione esteso. La media è indicata dal valore di 0.



Correlazioni tra gli item dei test e lo score di induzione esteso. Per queste correlazioni abbiamo utilizzato sia il coefficiente r di Pearson che il coefficiente ρ di Spearman; quest'ultimo rappresenta una misura statistica non parametrica della correlazione che valuta il grado di concordanza o discordanza tra caratteri con modalità ordinabili; esso è basato sui ranghi, ovvero sulle graduatorie di n unità rispetto a due criteri, e assume valori compresi tra -1 (che corrisponde a graduatorie perfettamente opposte) e $+1$ (che corrisponde a graduatorie, rispetto ai due criteri, perfettamente identiche); il valore 0 indica assenza di concordanza/discordanza, che non necessariamente significa assenza di legame (cioè indipendenza). Quando riferito a caratteri quantitativi, l'indice ρ di Spearman è particolarmente robusto rispetto a valori estremi, in quanto basato sui ranghi e non sulle modalità effettive; questo fatto lo rende più significativo, in certi casi, di altri indici di associazione per caratteri quantitativi (come il coefficiente di correlazione lineare), che invece risentono della presenza di valori anomali (Ercolani et al., 2008).

Le domande dei test che sono risultate significativamente correlate con lo score di induzione esteso del protocollo HIP (con $p < 0,05$) sono l'item 18 del TAS “sono in grado di vagare nel pensiero mentre svolgo un compito di routine, dimenticandomi nel frattempo di quello che sto facendo, e rendermi conto solo successivamente di averlo completato”, l'item 6 dell'IRI “in situazioni di emergenza, mi sento preoccupato e a disagio” e infine, tre item del DES, l'11 “alcune persone hanno l'esperienza di guardare in uno specchio e non riconoscersi”, il 18 “alcune persone vengono talmente coinvolte in una fantasia o in un sogno ad occhi aperti che si sentono come se si svolgesse a loro” e il 26 “alcune persone a volte trovano scritti, disegni o note che dovevano essere fatti,

ma che non ricordano di aver fatto”.

Gli item dei test che hanno ottenuto risultati vicini al livello di significatività (con $p < 0,1$) sono due del SAI-R, l'item 1 “creativo” e il 9 “vivere pienamente con equilibrio”, l'item 13 del TAS “se lo desidero, posso immaginare che tutto il mio corpo è talmente pesante da non poterlo muovere, nel caso in cui volessi farlo”, sette item del DES, il 10 “alcune persone hanno l'esperienza di essere accusate per aver mentito, nonostante la convinzione di non averlo fatto”, il 12 “alcune persone hanno l'esperienza di sentire che altre persone, oggetti e il mondo intorno a loro non siano reali”, il 13 “alcune persone hanno l'esperienza di sentire che il loro corpo non sembra appartenere a loro”, il 14 “alcune persone hanno l'esperienza a volta di ricordare un evento passato in modo così vivido che si sentono come se stessero rivivendo l'evento”, il 15 “alcune persone hanno l'esperienza di non essere sicure che gli eventi che ricordano siano accaduti realmente o siano stati semplicemente sogni”, il 24 “alcune persone a volte non riescono a ricordare se hanno fatto realmente qualcosa o se hanno solo pensato di farlo”, il 25 “alcune persone trovano la prova di aver fatto qualcosa che non ricordano di aver fatto”, l'item 14 del short-form Boundary questionnaire “credo di essere influenzato da forze che nessuno può capire”, e, infine, quattro item dell'IRI, il 2 “ho spesso teneri sentimenti riguardanti persone meno fortunate di me”, il 4 “a volte non sono dispiaciuto per le persone che hanno problemi”, il 14 “disgrazie di altre persone di solito non mi disturbano molto” e il 25 “quando mi arrabbio con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un pò

Le tabelle sotto riportate mostrano gli item dei test risultati significativamente correlati con il punteggio di induzione esteso del protocollo HIP (con $p < 0,05$) e quelli

vicini al livello di significatività (con $p < 0,1$): la tabella 6.18 riporta i valori del coefficiente di Spearman e la tabella 6.19 i valori del coefficiente di Pearson.

Tabella 6.18. Numero delle domande (N) posizionate secondo l'ordine di significatività, ρ (coefficiente di Spearman), p (i valori in grassetto indicato $p < 0,05$, gli altri $p < 0,1$) e testo delle domande correlate con lo score di induzione esteso del protocollo HIP.

CORRELAZIONE DI SPEARMAN			
N	ρ	p	Testo domanda
Des 26	0,262	0,02	Alcune persone a volte trovano scritti, disegni o note che dovevano essere fatti, ma che non ricordano di aver fatto.
Tas 18	0,255	0,024	Sono in grado di vagare nel pensiero mentre svolgo un compito di routine, dimenticandomi nel frattempo di quello che sto facendo, e rendermi conto solo successivamente di averlo completato.
Des 11	0,25	0,027	Alcune persone hanno l'esperienza di guardare in uno specchio e non riconoscersi.
Iri 6	0,232	0,041	In situazioni di emergenza, mi sento preoccupato e a disagio.
Sair 1	-0,213	0,061	Creativo.
Tas 13	0,211	0,064	Se lo desidero, posso immaginare che tutto il mio corpo è talmente pesante da non poterlo muovere, nel caso in cui volessi farlo.
Des 14	0,209	0,067	Alcune persone hanno l'esperienza a volte di ricordare un evento passato in modo così vivido che si sentono come se stessero rivivendo l'evento.
Boundary 14	0,203	0,074	Credo di essere influenzato da forze che nessuno può capire.
Iri 2	0,195	0,087	Ho spesso teneri sentimenti riguardanti persone meno fortunate di me.
Sair 9	0,188	0,099	Vivere pienamente con equilibrio.

Tabella 6.19. Numero delle domande (N) posizionate secondo l'ordine di significatività, r (coefficiente di Pearson), p (i valori in grassetto indicato $p < 0,05$, gli altri $p < 0,1$) e testo delle domande correlate con lo score di induzione esteso del protocollo HIP.

CORRELAZIONE DI PEARSON			
N	r	p	Testo domanda
Des 26	0,344	0,002	Alcune persone a volte trovano scritti, disegni o note che dovevano essere fatti, ma che non ricordano di aver fatto.
Des 11	0,31	0,006	Alcune persone hanno l'esperienza di guardare in uno specchio e non riconoscersi.
Des 18	0,244	0,031	Alcune persone vengono talmente coinvolte in una fantasia o in un sogno ad occhi aperti che si sentono come se si svolgesse a loro.
Iri 6	0,225	0,048	In situazioni di emergenza, mi sento preoccupato e a disagio.
Des 14	0,221	0,052	Alcune persone hanno l'esperienza a volte di ricordare un evento passato in modo così vivido che si sentono come se stessero rivivendo l'evento.
Des 10	0,219	0,054	Alcune persone hanno l'esperienza di essere accusate per aver mentito, nonostante la convinzione di non averlo fatto.
Des 24	0,219	0,054	Alcune persone a volte non riescono a ricordare se hanno fatto realmente qualcosa o se hanno solo pensato di farlo (ad esempio, non sapere se hanno appena inviato una lettera).
Des 12	0,213	0,061	Alcune persone hanno l'esperienza di sentire che altre persone, oggetti e il mondo intorno a loro non siano reali.
Sair 9	0,209	0,066	Vivere pienamente con equilibrio.
Iri 14	0,204	0,073	Disgrazie di altre persone di solito non mi disturbano molto.
Iri 25	0,201	0,078	Quando mi arrabbio con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un po'.
Des 15	0,2	0,08	Alcune persone hanno l'esperienza di non essere sicure che gli eventi che ricordano siano accaduti realmente o siano stati semplicemente sognati.
Des 25	0,194	0,089	Alcune persone trovano la prova di aver fatto qualcosa che non ricordano di aver fatto.
Iri 4	0,192	0,093	A volte non sono molto dispiaciuto per le persone che hanno problemi.
Des 13	0,189	0,097	Alcune persone hanno l'esperienza di sentire che il loro corpo non sembra appartenere a loro.

6.2 Discussione

Il presente studio mira ad approfondire i rapporti esistenti tra l'ipnotizzabilità e alcuni aspetti psicologici della persona. Dopo aver esaminato la letteratura in merito, è stato elaborato un protocollo contenente una griglia socioanagrafica e sette test relativi agli aspetti psicologici ipotizzati come potenzialmente correlabili al livello di

ipnotizzabilità. In particolare, il Tellegan Absorption Scale (TAS) è stato scelto per il forte legame esistente tra l'assorbimento immaginativo e l'ipnotizzabilità (Tellegan & Atkinson, 1974), lo Spontaneity Assessment Inventory-Revised (SAI-R) per l'ipotetica attinenza tra la spontaneità e l'ipnotizzabilità, l'Interpersonal Reactivity Index (IRI) per il legame tra l'empatia e la suscettibilità ipnotica (Wickramasekera & Szlyk, 2003), il Dissociative Experiences Scale (DES) per il forte rapporto esistente tra le caratteristiche dissociative della personalità e l'ipnotizzabilità (Agargun et al., 1998), il short-form Boundary questionnaire per l'ipotetico legame tra l'ipnotizzabilità e il confine di personalità sottile, caratterizzato cioè da esperienze di fusione e identità fluttuanti (Hartmann, 2011), il Mini Locus of Control per l'ipotetica relazione tra lo stile attributivo interno della persona e la sua capacità di sperimentare l'ipnosi e infine, il Testoni Death Representation Scale (TDRS) è stato scelto per l'ipotetico legame esistente tra le tendenze spirituali, caratterizzate ad esempio dalla visione della morte come "passaggio" e l'attitudine all'ipnotizzabilità.

In seguito alla somministrazione del protocollo dei test a 240 partecipanti, è stato calcolato il grado di ipnotizzabilità di 78 soggetti attraverso il protocollo Hypnotic Induction Profile (HIP); all'interno di quest'ultimo, sono state prese le misurazioni cardiorespiratorie relative alla pressione arteriosa sistolica (PAS), diastolica (PAD), media (PAM), frequenza cardiaca (FC) e saturazione arteriosa di ossigeno (SpO₂). Tali misurazioni sono state condotte su 70 soggetti per un totale di quattro volte: prima dell'induzione di ipnosi, dopo l'induzione, dopo il differenziale di controllo e a fine sessione.

La griglia socioanagrafica ha permesso di definire il tipo di campione su cui si è

estesa la ricerca; in dettaglio, il campione è stato diviso in due gruppi: il primo di validazione, composto da 240 partecipanti, ha compilato il solo protocollo dei test, il secondo invece, denominato gruppo target e composto da 78 soggetti, ha compilato il protocollo dei test ma è anche stato sottoposto all'induzione prevista dal protocollo HIP.

In entrambi i gruppi, c'è una prevalenza lieve del genere femminile e netta della fascia d'età compresa tra i 18 e i 25 anni; il titolo di studio predominante è la laurea e tra i partecipanti c'è una percentuale lievemente maggiore di studenti rispetto a chi lavora; lo stato civile più frequente è quello celibe-nubile e la maggior parte dei soggetti non ha figli; la religione che risalta di più rispetto alle altre è quella cristiana e i partecipanti sono prevalentemente credenti ma non praticanti.

Per quanto riguarda il gruppo target, la somministrazione del protocollo HIP ha messo in evidenza una predominanza, sia nello score di induzione sia in quello di induzione esteso, di soggetti con un livello di ipnotizzabilità medio tra i partecipanti, a conferma di ciò che sostengono Ferracuti e collaboratori (2002); inoltre, i gradi del profilo più frequenti (come indicati dal segno dell'eye roll) sono il terzo e il quarto; infine, il tipo di profilo che prevale sugli altri è quello intatto regolare, il quale conferma la prevalenza di una capacità ipnotica media. Il tempo richiesto per la somministrazione del protocollo, in media 10 minuti circa, sottolinea la velocità di somministrazione e la maneggevolezza dell'HIP (Spiegel, 1972) rispetto ad altre scale come la Stanford Scale for Hypnotic Suscettibility.

Dall'analisi dei dati sono emerse diverse correlazioni: la prima riguarda le correlazioni tra i test, la seconda concerne le correlazioni tra le misurazioni cardiorespiratorie e il protocollo HIP, la terza riguarda la relazione tra i punteggi totali

dei test e il protocollo HIP e la quarta e ultima correlazione individua gli item dei test correlati allo score di induzione esteso.

Per quanto riguarda la prima, sono state evidenziate alcune correlazioni significative tra i test attraverso il coefficiente di Pearson, in particolare tra quelli in italiano (Mini Locus of Control, TDRS e SAI-R) e quelli tradotti dall'inglese (TAS, DES, short-form Boundary questionnaire e IRI) sottolineando che i due gruppi, quello di validazione e quello target, correlano nello stesso modo, in quanto è presente la stabilità nei legami tra gli strumenti in entrambi i gruppi.

La seconda correlazione, relativa alle misurazioni cardiorespiratorie effettuate nel corso della somministrazione del protocollo HIP, è stata dimostrata attraverso l'ANOVA e i confronti a posteriori con il metodo di Bonferroni e mette in evidenza che con il rilassamento prodotto dall'induzione ipnotica, si ha una notevole stabilità di tutti i parametri e una lieve ma significativa riduzione della sola pressione arteriosa sistolica (PAS) alla fine della somministrazione dell'HIP, in particolare dopo il cut-off e al termine della sessione.

Per la terza correlazione sono stati utilizzati i punti z, i quali hanno permesso di verificare quali tra i totali dei punteggi dei test rientrano nelle fasce di “bassa-media-alta” ipnotizzabilità dello score di induzione e dello score di induzione esteso; quest'ultimo score presenta un numero di parametri di ipnotizzabilità maggiori ed è suddiviso in maniera più estesa e più regolare nelle diverse fasce permettendo così una relazione più chiara rispetto allo score di induzione. In particolare, è possibile osservare che i punteggi ottenuti ai test risultano essere più bassi per le persone scarsamente ipnotizzabili e più alti per le persone altamente ipnotizzabili. Le relazioni emerse non

risultano però essere statisticamente significative: questo dato non è di per sé sorprendente in quanto nessuno dei test utilizzati è stato elaborato per misurare l'ipnotizzabilità del soggetto; il DES, ad esempio, comprende domande relative alle caratteristiche dissociative della personalità, ma non tutte possono essere di per sé pertinenti alla fenomenologia dell'ipnosi.

E' stata dunque condotta un'ulteriore correlazione per valutare se e quali domande di ciascun test fossero significativamente correlate all'ipnotizzabilità.

Per quest'ultima correlazione sono stati utilizzati sia il coefficiente ρ di Spearman che l' r di Pearson, i quali hanno permesso di individuare gli item che correlano significativamente con l'ipnotizzabilità del soggetto e quelli con un valore vicino a quello di significatività. Gli item statisticamente significativi evidenziano che le persone altamente ipnotizzabili hanno la capacità di vagare nel pensiero e di essere assorbito da esso, vivono esperienze dissociative riguardanti il distacco dalla realtà e modificazioni della memoria e infine, tendono a sperimentare ansia o disagio nei confronti degli altri in situazione di emergenza. Gli item con un valore vicino a quello di significatività sottolineano che le persone altamente ipnotizzabili vivono alcune esperienze dissociative, si preoccupano per le persone che vivono esperienze spiacevoli e si identificano con le persone con cui si arrabbiano, sono creative e vivono pienamente con equilibrio, credono di essere influenzate da forze che nessuno può capire e possono immaginare il loro corpo talmente pesante da non poterlo muovere.

Le ipotesi di partenza supponevano l'esistenza di relazioni tra l'assorbimento immaginativo e l'ipnotizzabilità (Tellegan & Atkinson, 1974) e tra quest'ultima e le caratteristiche dissociative della personalità (Agargun et al., 1998).

Alla luce dei risultati sopra descritti, è possibile affermare che tali ipotesi sono state confermate ma non esaustivamente, dal momento che non sono state riscontrate correlazioni statisticamente significative tra i totali dei punteggi del TAS e del DES, e tra lo score di induzione e di induzione esteso dell'HIP. Le correlazioni risultate significative riguardano invece alcuni item di entrambi i test e il punteggio di induzione esteso. Lo stesso esito si ha per i risultati relativi agli altri test, i quali dimostrano, infatti, che non ci sono correlazioni significative tra i punteggi totali dei test e quelli dell'induzione esteso ma sono presenti correlazioni significative e vicine ai valori di significatività, tra alcuni item, in particolare quelli del TAS, del DES, dell'IRI, del SAI-R, del short-form Boundary questionnaire e l'ipnotizzabilità del soggetto.

Tale dato suggerisce la possibilità, in ulteriori studi, di arrivare a definire il complesso di aspetti psicologici caratterizzanti l'ipnotizzabilità e suggerisce inoltre la possibilità, in futuro, di riuscire a elaborare un test psicologico di ipnotizzabilità basato esclusivamente sui tratti psicologici del soggetto, finora non esistente in letteratura.

Tra gli aspetti psicologici sopra citati, potrebbe essere utile approfondire, con ulteriori misurazioni, il rapporto tra le rappresentazioni della morte come “passaggio” e l'attitudine all'ipnotizzabilità, date le correlazioni positive con gli strumenti utilizzati nello studio. Questo aspetto potrebbe essere inserito all'interno del test psicologico di ipnotizzabilità, poiché esso può far sì che il test sia utilizzato per conoscere la predisposizione del soggetto nei confronti della morte, in particolare nel caso del paziente con malattia terminale; grazie al test, sarebbe, infatti, possibile verificare la possibilità di sottoporre il paziente a sedute di ipnosi, autoipnosi e meditazione senza correre il rischio di infastidirlo; inoltre, sarebbe possibile utilizzare l'ipnosi in settori

specifici, quali ad esempio le cure palliative di fine vita, ovvero terapie, non necessariamente farmacologiche, che hanno come obiettivo la cura globale della persona malata in fase terminale e della sua famiglia secondo approcci di tipo medico, psicologico, sociale, spirituale, volti a ridurre la severità dei sintomi.

CONCLUSIONI

Essendo l'ipnotizzabilità una caratteristica fondamentale per poter usufruire dell'ipnosi come possibile terapia, è indispensabile conoscere il livello di ipnotizzabilità che la persona possiede. Per conoscere questo, la letteratura mette a disposizione una serie di scale di ipnotizzabilità, le quali però necessitano di sottoporre il soggetto a una sessione di ipnosi standardizzata per poter stimare il suo livello di ipnotizzabilità. Lo scopo del presente studio è stato quello di approfondire il tema dell'ipnotizzabilità esplorandone le possibili correlazioni esistenti con alcuni aspetti psicologici; in particolare sono state analizzate le relazioni tra i punteggi ottenuti all'Hypnotic Induction Profile (HIP) che tra le scale di ipnotizzabilità disponibili, rappresenta quella più rapida e maneggevole, e i punteggi ottenuti ai test riguardanti i diversi tratti psicologici; in particolare, questi test valutano la capacità di assorbimento del soggetto, la spontaneità, l'empatia, la presenza o la frequenza di esperienze dissociative, i confini mentali di personalità spessi o sottili, lo stile attributivo interno o esterno e infine, la rappresentazione che egli ha nei confronti della morte. I risultati ottenuti dimostrano l'esistenza di correlazioni significative e vicine ai valori di significatività, tra gli item dei test relativi alle capacità di assorbimento, esperienze dissociative, empatia, spontaneità, confini mentali sottili e l'ipnotizzabilità del soggetto. Tali dati permettono di iniziare a identificare gli aspetti psicologici che caratterizzano i soggetti ipnotizzabili e non, e consentono inoltre di progettare nuovi studi utili alla creazione di uno strumento nuovo, rapido e maneggevole, in grado di misurare il grado di ipnotizzabilità del soggetto, basandosi esclusivamente sulle sue variabili psicologiche e non più sull'induzione.

“L’immaginazione è tutto. È l’anteprima delle attrazioni che la vita ci riserva.”

(Einstein 1879-1955)

BIBLIOGRAFIA

- Adams, P. J. (2008). Language, mysticism, and hypnotizability: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(1), 73–82.
- Agargun, M. Y., Tekeoglu, I., Kara, H., Adak, B., & Ercan, M. (1998). Hypnotizability, pain threshold, and dissociative experiences. *Biological Psychiatry*, 44(1), 69–71.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quarta Edizione Rivista*. Tr. it. Milano, Masson, 2001.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA (trad. it. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione. Text Revision. Milano: Masson: 2001).
- Barabasz, A., & Perez, N. (2007). Salient findings: Hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 372–9.
- Barber, T. X., & Wilson, S. C. (1978). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 84–108.
- Barnier, A. J., & Nash, M. R. (2008). *The oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice*. U.S.A.: Oxford University Press.
- Barnier, A. M., & McConkey, K. M. (2004). Definire e identificare le persone altamente ipnotizzabili. In M. Heap, & R.J. Brown (Eds.), *Le persone altamente ipnotizzabili* (pp. 30–60). New York: Brunner-Routledge.

- Barnier, A.J., & Council, J.R. (2010). Hypnotizability matters: The what, why, and how of measurement. In S.J. Lynn & J.W. Rhue, I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 47–78). Washington DC: American Psychological Association.
- Barretta, N., & Barretta, P. (2008). Commentary on “hypnosis, hypnotizability and treatment”. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 167.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bergman, M., Trenter, E., & Kallio, S. (2003). Swedish norms for the harvard group scale of hypnotic susceptibility, form A. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 348–356.
- Bernheim, H. (1888). *Hypnotismus und suggestion*. Parigi: O. Doin.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Blohm, W. (2005). *Ipnosi e autoipnosi*. Tecniche Nuove.
- Braffman, W., & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(3), 578-587.
- Braffman, W., & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotizability. *Contemporary Hypnosis*, 18(3), 107–119.
- Burkhard, P. (2005). Alcune considerazioni sul significato della suggestione. In E. Del Castello & C. Lorigo (Eds.), *Tecniche dirette ed indirette in ipnosi e psicoterapia*. (pp. 115-130). Milano: Franco Angeli.
- Chertok, L. (2005). *L'ipnosi. teoria, pratica, tecnica*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model

- of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Cohen, S. B. (1989). Clinical uses of measures of hypnotizability. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(1), 4–9.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Council, J. R. (2002). A historical overview of hypnotizability assessment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3–4), 199–208.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85–104.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Madison, Wisconsin: Brown and Benchmark.
- Deckert, G. H., & West, L. J. (1963). The problem of hypnotizability: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 205–235.
- De La Mettrie, J. O. (1968). L'uomo macchina. In: AA.VV. (Eds.), *Grande Antologia Filosofica*, volume XIV (pp. 799–802). Milano: Marzorati.
- Diamond, M. J. (1974). Modification of hypnotizability: A review. *Psychological Bulletin*, 81(3), 180–198.
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 261–274.
- Ducci, G. (2000). La relazione terapeutica in ipnosi. In C. Loriedo, & W. Santilli, *La relazione terapeutica* (pp. 109–120). Milano: Franco Angeli.
- Ercolani, M. (1997). *Malati di dolore. aspetti medici e psicologici del paziente con*

dolore cronico. Bologna: Zanichelli.

Ercolani, A. P., Areni, A. & Leone, L. (2008). *Elementi di statistica per la psicologia*.

Bologna: Il Mulino.

Erickson, M. H. (1978). *Le nuove vie dell'ipnosi. induzione della trance, ricerca sperimentale, tecniche di psicoterapia*. Roma: Astrolabio.

Erickson, M. H. (1983). *A scuola di ipnosi*. Torino: Boringhieri.

Erickson, M. H. (1984). *L'ipnoterapia innovatrice*. Roma: Astrolabio.

Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1985). *L'esperienza dell'ipnosi. Approcci terapeutici agli stati alterati*. Roma: Astrolabio.

Faith, M., & Ray, W. J. (1994). Hypnotizability and dissociation in a college age population: orthogonal individual differences. *Personality and Individual Differences, 17*, 211–216.

Faliva, A. (2008). *Invito al benessere: Ipnosi, autoipnosi e meditazione per la gestione del dolore*. Milano: Apogeo.

Ferracuti, S., Cannoni, E., De Carolis, A., Gonella, A., & Lazzari, R. (2002). Rorschach measures during depth hypnosis and suggestion of a previous life. *Perceptual and Motor Skills, 95*, 877-885.

Frankel, F. H. (1990). Hypnotizability and dissociation. *The American Journal of Psychiatry, 147*(7), 823–829.

Frankel, F. H. (1991). Comments on hypnotizability and dissociation: Reply. *The American Journal of Psychiatry, 148*(6), 814–815.

Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Schwartz, D. R., Lewis, J., Shaeffer, D., & Pasquotto, J. (1992). Construct validity of the dissociative experiences scale: II.

- Its relationship to hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(2), 145–152.
- Frischholz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G., & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *The American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1521–1525.
- Frischholz, E. J., & Nichols, L. E. (2010). A historical context for understanding an eye roll test for hypnotizability by herbert spiegel. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 53(1), 3–13.
- Geary, B. B. (2008). Commentary on hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 169–170.
- Goodman, A. (2008). Hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 171–172.
- Granone, F. (1980). *Trattato di ipnosi*. Torino: UTET.
- Granone, F. (1989). *Trattato di ipnosi* (VI ed.). Torino: UTET.
- Gravitz, M. A. (1993). Etienne félix d'hénin de cuvillers: A founder of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(1), 7–11.
- Green, J. (2006). The five factor model of personality and hypnotizability: little variance in common. *Contemporary Hypnosis*, 21(4), 161–168.
- Green, J.P. & Council, J.R. (2004). Does *the positive keying of the TAS inflate the absorption-hypnotizability link?* *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(4), 378–388.
- Guidi, A. (2012). *Ipnoweb magazine*. Retrived from <http://www.ipnoguida.com/>
- Handel, D. L. (2008). Commentary on hypnosis, hypnotizability and treatment.

American Journal of Clinical Hypnosis, 51(2), 173–175.

Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new psychology of personality*. New York: Basic Books.

Hartmann, E. (2001). *Dreams and Nightmares: The New Theory on the Origin and Meaning of Dreams*. New York: Basic Books.

Hartmann, E. (2011). *Boundaries: A New Way to Look at the World*. Summerland: CIRCC EverPress.

Hilgard, E. R., & Hilgard, J. R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos: Kaufmann.

Hilgard, J. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt and World.

Janet, P. (1897). L'Influence somnambulique et le besoin de direction. *Rev. Philos.*, 43 (1), 113–143.

Kubie, L. (1972). Illusion and reality in the study of sleep, hypnosis, psychosis and arousal. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20 (4), 205–223.

Kipper, D. A., & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory: The relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 58, 119–129.

Kipper, D. A., & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* 59 (3), 127.

Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska symposium on Motivation*, 15, 192–240.

- Kihlstrom, J. F. (2008). The domain of hypnosis, revisited. In A. J. Barnier, & M. R. Nash (Eds.), *The oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (pp. 23–41). U.S.A.: Oxford University Press.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (2001). Imaginative suggestibility and hypnotizability. *Current Directions in Psychological Science*, 4(2), 57–61.
- Kumar, V. K., & Farley, F. (2009). Structural aspects of three hypnotizability scales: Smallest space analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(4), 343–365.
- Laidlaw, T. M., Dwivedi, P., Naito, A., & Gruzelier, J. H. (2005). Low self-directedness (TCI), mood, schizotypy and hypnotic susceptibility. *Personality and Individual Differences*, 39, 469–480.
- Lang, M. (2001). *Psicologia clinica*, volume IV. Milano: Franco Angeli.
- Lapenta, A. M. (1986). L'ipnosi nella terapia psichiatrica. *Rassegna di Ipnosi e Psicoterapie*, 13, 3.
- Laurence, J. R., Beaulieu-Prévost, D., & Du Chéné, T. (2008). Measuring and understanding individual differences in hypnotizability. In M. Nash, & A. Barnier (Eds.), *The oxford handbook of hypnosis: Theory, research, and practice* (pp. 225–248). U.S.A.: Oxford University Press.
- Lecron, L. M., (1953). A method of measuring the depth of hypnosis. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1(2), 4–7.
- Loriedo, C. (2002). Assunti teorici della pratica clinica di milton H. erickson. In C. Casilli, & G. Ducci (Eds.), *La supervisione della nuova ipnosi. Soluzioni di soluzioni* (pp. 21–44). Milano: Franco Angeli.

- Lynn S. J. & Kirsch I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidence based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1988). Fantasy-proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 35–44.
- Lynn, S. J., & Shindler, K. (2002). The role of hypnotizability assessment in treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(3–4), 185–97.
- Marinelli, R., Bindi, R., Marchi, S., Castellani, E., Carli, G., & Santarcangelo, E. L. (2012). Hypnotizability-related differences in written language. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(1), 54–66.
- Matthews, W. J. (2008). Commentary on hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 153–156.
- Milling, L. S., Coursen, E. L., Shores, J. S., & Waszkiewicz, J. A. (2010). The predictive utility of hypnotizability: The change in suggestibility produced by hypnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 126–130.
- Molinari, E., & Castelnuovo, G. (2010). *Psicologia clinica del dolore*. Milano: Springer.
- Morin E. (1983). *Introduzione al pensiero complesso*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Moro, L., Noreika, V., Revonsuo, A., & Kallio, S. (2011). Hypnotizability, sleepiness, and subjective experience. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(2), 211–224.
- Mosconi, G. (1993). *Psicoterapia ipnotica. principi e fondamenti*. Padova: Piccin.
- Mosconi, G. (1998). *Teoretica e Pratica della psicoterapia ipnotica*. Milano: Franco Angeli.
- Nash, M. & Baker, E. (2010). *Hypnosis and the treatment of anxiety disorders*. In S. J.

- Lynn, J.W. Rhue & I. Kirsch, (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis*, 2nd edition (pp. 453–465). Washington, D.C.:American Psychological Association.
- Oberhuber, W. (2000). *Ipnosi. terapia come comunicazione*. Milano: Franco Angeli.
- Orne, M. T.: Hilgard, E. R., Spiegel, H., Spiegel, D., Crawford, H. J., Evans, F. J., Orne, E. C., & Frischholz, E. J. (1979). The relation between the hypnotic induction profile and the stanford hypnotic susceptibility scales, forms A and C. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 85–102.
- Page, R. A., & Green, J. P. (2005). Experiencing hypnotizability scale motor items by an amputee: A brief report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(1), 51–54.
- Perussia, F., Viano, R. (2006). Mini Locus of Control Scale. Piccolo manuale, con Trattati e Tipi, da una scala psicometrica semplificata. In: S. Di Nuovo, G. Sprini (Eds.), *Teorie e metodi della psicologia italiana: tendenze attuali. In memoria di Angelo Majorana, psicologo in terra di confine* (pp. 457–468). Milano: Franco Angeli.
- Raz, A. (2007). Suggestibility and hypnotizability: Mind the gap. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(3), 205–210.
- Regaldo, G. (2011). Ipnosi e libero arbitrio. In E. Casiglia: *Decisione, volizione, libero arbitrio* (pp. 263–285). Padova: Libreria Padovana.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 33(1), 300–303.
- Rowley, D.T. (1986). *Hypnosis and Hypnotherapy*. Londra: Croom Helm.
- Siuta, J. (1987). Normative and psychometric characteristics of a Polish version of the Creative Imagination Scale (CIS) *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(1), 51–58.

- Spiegel, H., & Greenleaf, M. (1992). Personality style and hypnotizability: The fix-flex continuum. *Psychiatr Medicine*, 10(1), 13–24.
- Spiegel, H., & Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Comments on hypnotizability and dissociation. *The American Journal of Psychiatry*, 148(6), 813–814.
- Spiegel, H. (2008). Commentary on hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 149–151.
- Spiegel, D. (2012). *Tranceformation and Hypnotizability: Hypnotic Induction as a Deduction*. (Unpublished article).
- Stephan, W. G., & Finlay, K. A. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729–743.
- Sutcher, H. (2008). Hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(1), 57–67.
- Sutcher, H. (2008). A response to the commentaries on hypnosis, hypnotizability and treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 177–184.
- Tellegen, A. (1982). *A brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. Minnesota: Minneapolis. (Unpublished manuscript)
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(3), 268–277.
- Testoni, I. (2007). *Autopsia filosofica*. Milano: Apogeo-Feltrinelli.
- Vidotto, G., Xausa, E. & Pedon, A. (1996). *Statistica per psicologi*. Bologna: Il Mulino.

- Wagstaff, G. F., Cole, J. C., & Brunas Wagstaff, J. (2008). Measuring hypnotizability: The case for self-report depth scales and normative data for the long Stanford scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(2), 119–42.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford hypnotic susceptibility scale. form C.* (Unpublished manuscript)
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1975). *Scale per il profilo stanford di suscettibilità ipnotica. forme I e II.* Firenze: Os.
- Whitehead, S., Noller, P. , & Sheehan, P. W. (2008). The hypnotist in the hypnosis interaction: The impact of first impressions on perceptions of hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(4), 394–424.
- Wickramasekera II, I. E., Szlyk, J. P. (2003). Could empathy be a predictor of hypnotic ability? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 390–399.
- Woody, E. Z., & Barnier, A. J. (2008). Hypnosis scales for the twenty-first century: What do we need and how should we use them? In Nash & Barnier (Eds.), *In the oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (pp. 255–280). U.S.A.: Oxford University.
- Yapko, M. D. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(2), 137–146.

ALLEGATI

- 1.** Griglia socioanagrafica
- 2.** TAS: Tellegan Absorption Scale
- 3.** SAI-R: Spontaneity Assessment Inventory-Revised
- 4.** IRI: Interpersonal Reactivity Index
- 5.** DES: Dissociative Experiences Scale
- 6.** The Short-Form Boundary Questionnaire
- 7.** Mini Locus of Control
- 8.** TDRS: Testoni Death Representation Scale
- 9.** Hypnotic Induction Profile

1. Griglia socioanagrafica

CODICE NOME FITTIZIO (solo in caso di adesione alla prova ipnotica).....

ETA' SESSO 0. M 1. F

TITOLO DI STUDIO

1. elementari
2. medie inferiori
3. diploma professionale (3 anni)
4. maturità (5 anni)
5. laurea
6. post laurea (dottorato o specializzazione)

LAVORO

1. studente
2. lavoratore
3. disoccupato

STATO CIVILE

1. celibe/nubile
2. coniugato/convivente
3. separato/divorziato/vedovo

HAI FIGLI?

0. No
1. Si Se sì quanti?

RELIGIONE

CREDI IN DIO? 0. No 1. Si

SE SI, A CHE RELIGIONE APPARTIENI?

1. Cristiana 2. Ebraica 3. Musulmana 4. Buddista

PARTECIPA ATTIVAMENTE ALLE PRATICHE RELIGIOSE? 0. No 1. Si

2. TAS: Tellegan Absorption Scale

Qui di seguito troverete una serie di istruzioni che una persona può usare per descrivere i suoi atteggiamenti, opinioni, interessi e altre caratteristiche. Leggi attentamente ogni affermazione e se ritieni che sia falsa, segna 0, se ritieni invece che la dichiarazione sia vera, segna 1. Ti preghiamo di rispondere a tutti gli item, anche se non sei completamente sicuro della risposta, e di non spendere troppo tempo per decidere.

0 = F

1 = V

1. Qualche volta vivo e sperimento cose come quando ero un bambino.
0 1
2. Posso essere notevolmente mosso da un linguaggio eloquente e poetico.
0 1
3. Durante la visione di un film, uno show televisivo o un gioco, posso a volte coinvolgermi così tanto da dimenticarmi di me stesso e di vivere l'esperienza della storia come se fosse reale e come se ne facessi parte.
0 1
4. Se guardo un quadro e poi guardo da un'altra parte, a volte vedo ancora l'immagine del quadro, quasi come se lo stessi ancora guardando.
0 1
5. A volte mi sento come se la mia mente potesse avvolgere tutta la terra.
0 1
6. Mi piace guardare la forma delle nuvole che appaiono nel cielo.
0 1
7. Se lo desidero, posso immaginare (o sognare ad occhi aperti), alcune cose in modo così vivido da tenere la mia attenzione concentrata come in un buon film o in una storia.
0 1
8. Credo davvero di conoscere ciò che le persone intendono quando parlano di esperienze mistiche.
0 1
9. Solitamente mi discosto da ciò che sono abitualmente e provo uno stato d'essere differente.
0 1
10. Testure come lana, sabbia, legno, a volte mi ricordano colori o musica.
0 1
11. A volte provo esperienze come se avessero una doppia realtà.
0 1
12. Quando ascolto la musica, posso coinvolgermi talmente tanto da non accorgermi di quello che mi sta attorno.
0 1

0 1

123

13. Se lo desidero, posso immaginare che tutto il mio corpo è talmente pesante da non poterlo muovere, nel caso in cui volessi farlo.
0 1
14. Spesso percepisco la presenza di una persona, prima di vederla o sentirla realmente.
0 1
15. Il crepitio e le fiamme della legna sul fuoco, stimola la mia immaginazione.
0 1
16. A volte riesco a immergermi completamente nell'arte o in qualcosa di innaturale e sento il mio stato di coscienza temporaneamente alterato.
0 1
17. I diversi colori hanno significati distintivi e speciali per me.
0 1
18. Sono in grado di vagare nel pensiero mentre svolgo un compito di routine, dimenticandomi nel frattempo di quello che sto facendo, e rendermi conto solo successivamente di averlo completato.
0 1
19. A volte posso ricordare esperienze passate nella mia vita con una tale chiarezza e vivacità che mi sembra di riviverle.
0 1
20. Cose che potrebbero sembrare prive di significato per gli altri spesso hanno significato per me.
0 1
21. Mentre gareggio o mi esibisco, credo che mi piacerebbe molto sentire ciò che prova l'altro, prendendo momentaneamente il suo posto e dimenticandomi sia di me stesso che del pubblico.
0 1
22. I miei pensieri spesso non si presentano come parole, ma come immagini visive.
0 1
23. Mi capita spesso di provare piacere dalle piccole cose (come la forma della stella a cinque punte che compare quando si taglia una mela in tutto il nucleo o i colori prodotti dalle bolle di sapone).
0 1
24. Durante l'ascolto di musica d'organo o di un altro tipo di musica potente, a volte mi sento come se fossi sollevato in aria.
0 1
25. A volte posso percepire la musica in modo diverso, a seconda del volume con cui l'ascolto.
0 1
26. Alcuni dei miei ricordi più vivi sono richiamati da profumi e odori.
0 1
27. Alcuni brani di musica mi ricordano immagini o colori in movimento.
0 1
28. Mi capita spesso di sapere ciò che qualcuno sta per dire prima che lui/lei lo dica.

0 1
29. Ho spesso ricordi fisici, ad esempio dopo aver nuotato, posso ancora percepirmi in acqua.

0 1
30. Il suono di una voce può essere così affascinante per me che posso solo andare avanti ad ascoltarlo.

0 1
31. A volte sento la presenza di qualcuno che non è fisicamente presente.

0 1
32. A volte mi compaiono pensieri e immagini senza alcuno sforzo da parte mia.

0 1
33. Ritengo che i diversi odori abbiano anche diversi colori.

0 1
34. Posso essere profondamente commosso da un tramonto.

0 1

3. SAI-R: Spontaneity Assessment Inventory-Revised

Con quanta intensità hai questi sentimenti o pensieri durante una giornata tipo?

Indica il valore che più ti rappresenta tenendo conto che 1 indica molto debole, 2 debole, 3 né debole né forte, 4 forte, 5 molto forte.

1 2 3 4 5

Molto debole.....Molto forte

01. Creativo	1	2	3	4	5
02. Felice	1	2	3	4	5
03. Disinibito	1	2	3	4	5
04. Le cose sembrano scorrere	1	2	3	4	5
05. Vivo	1	2	3	4	5
06. Libero di inventare	1	2	3	4	5
07. Euforico	1	2	3	4	5
08. Libero di agire, anche scandalosamente	1	2	3	4	5
09. Vivere pienamente con equilibrio	1	2	3	4	5
10. Eccitato	1	2	3	4	5
11. Controllato	1	2	3	4	5
12. Leggero e amorevole	1	2	3	4	5
13. Realizzato	1	2	3	4	5
14. Appagato	1	2	3	4	5
15. Potente	1	2	3	4	5
16. Vincente	1	2	3	4	5
17. Fare qualunque cosa, entro i limiti	1	2	3	4	5
18. Gioioso	1	2	3	4	5

4. IRI: Interpersonal Reactivity Index

Le seguenti affermazioni riguardano i vostri possibili pensieri e sentimenti in una varietà di situazioni. Per ogni item, indica quanto bene ti describe, sapendo che A indica che l'affermazione non ti describe per niente, B ti describe poco, C non ti describe né male né bene, D ti describe bene, E ti describe molto bene. Leggi attentamente ogni voce prima di rispondere e fallo nel modo più onesto possibile. Grazie.

A B C D E
Non ti describe per niente Ti describe molto bene

1. Sogno ad occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, su cose che potrebbero accadermi.

A B C D E

2. Ho spesso teneri sentimenti riguardanti persone meno fortunate di me.

A B C D E

3. A volte mi è difficile vedere le cose dal punto di vista dell'altro.

A B C D E

4. A volte non sono molto dispiaciuto per le persone che hanno problemi.

A B C D E

5. Mi coinvolgo davvero con i sentimenti dei personaggi di un romanzo.

A B C D E

6. In situazioni di emergenza, mi sento preoccupato e a disagio.

A B C D E

7. Io solitamente sono obiettivo mentre guardo un film o gioco, e non mi capita spesso di esser coinvolto da esso.

A B C D E

8. Cerco di capire i motivi dei disaccordi altrui, prima di prendere una decisione.

A B C D E

9. Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, ho il desiderio di proteggerlo.

A B C D E

10. A volte mi sento impotente quando sono nel bel mezzo di una situazione molto emozionante.

A B C D E

11. A volte cerco di comprendere meglio i miei amici, immaginando come stanno le cose dalla loro prospettiva.

A B C D E

12. E' raro per me essere estremamente coinvolto in un buon film o in un libro.

A B C D E

13. Quando vedo qualcuno che si fa male, tendo a mantenere la calma.

A B C D E

14. Disgrazie di altre persone di solito non mi disturbano molto.

A B C D E

15. Se sono sicuro di aver ragione su una cosa, non perdo molto tempo ad ascoltare gli argomenti delle altre persone.

A B C D E

16. Dopo aver visto un film o un gioco, mi sento come se fossi uno dei personaggi.

A B C D E

17. Essere in una situazione di tensione emotiva mi spaventa.
A B C D E
18. Quando vedo qualcuno che viene trattato male ingiustamente, a volte non sento molta piet  per lui.
A B C D E
19. Io solitamente sono abbastanza efficiente nel trattare le emergenze.
A B C D E
20. Sono spesso molto toccato da ci  che vedo accadere.
A B C D E
21. Io credo che ci siano due lati per ogni questione e cerco di guardarli entrambi.
A B C D E
22. Mi definirei come una bella persona dal cuore tenero.
A B C D E
23. Quando guardo un bel film, posso facilmente mettermi al posto di uno dei principali protagonisti.
A B C D E
24. Io tendo a perdere il controllo durante le emergenze.
A B C D E
25. Quando mi arrabbio con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un po'.
A B C D E
26. Mentre leggo una storia interessante o un romanzo, immagino come mi sentirei se gli eventi della storia accadessero a me.
A B C D E
27. Quando vedo qualcuno che ha bisogno di aiuto, in caso di emergenza, vado a pezzi.
A B C D E
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare come mi sentirei io se fossi al suo posto.
A B C D E

5. DES: Dissociative Experiences Scale

Questo questionario è composto da 28 domande relative ad esperienze che si potrebbero avere nella vita quotidiana. Noi siamo interessati alla quantità di tempo impiegata da queste esperienze. E' importante che le risposte dimostrino quanto spesso vi accadono tali esperienze (sono escluse le esperienze sotto l'effetto di alcool o droghe). Per rispondere alle domande, si prega di verificare in che misura l'esperienza descritta nella domanda si applica a voi e cerchiare il numero relativo alla percentuale di tempo in cui l'esperienza si verifica, tenendo conto che "Mai" corrisponde allo 0% del tempo, e "Sempre" corrisponde al 100% del tempo.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Mai.....Sempre

1. Alcune persone hanno l'esperienza di guidare o stare in viaggio in auto, in autobus o in metropolitana e improvvisamente rendersi conto di non ricordare quanto è successo durante una parte o l'intera parte del viaggio.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Alcune persone a volte ascoltano i discorsi di qualcuno e improvvisamente si rendono conto di non aver sentito tutto o parte di ciò che è stato detto.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Alcune persone hanno l'esperienza di trovarsi in un luogo e non avere idea di come ci sono arrivati.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Alcune persone hanno l'esperienza di trovarsi in abiti che non ricordano di aver indossato.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Alcune persone hanno l'esperienza di trovare oggetti nuovi tra le loro cose che non ricordano di aver comprato.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Alcune persone a volte si avvicinano a persone che non conoscono e li chiamano con un altro nome o insistono sul fatto di averli incontrati prima.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Alcune persone a volte hanno l'esperienza di sentirsi accanto a se stessi o di vedersi far qualcosa come se fossero in un'altra persona.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. Ad alcune persone viene detto che a volte non riconoscono amici o familiari.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Alcune persone non ricordano alcuni eventi importanti della loro vita (ad esempio, un matrimonio o una laurea).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Alcune persone hanno l'esperienza di essere accusate per aver mentito, nonostante la convinzione di non

averlo fatto.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Alcune persone hanno l'esperienza di guardare in uno specchio e non riconoscersi.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Alcune persone hanno l'esperienza di sentire che altre persone, oggetti e il mondo intorno a loro non siano reali.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Alcune persone hanno l'esperienza di sentire che il loro corpo non sembra appartenere a loro.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Alcune persone hanno l'esperienza a volte di ricordare un evento passato in modo così vivido che si sentono come se stessero rivivendo l'evento.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Alcune persone hanno l'esperienza di non essere sicure che gli eventi che ricordano siano accaduti realmente o siano stati semplicemente sognati.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Alcune persone hanno l'esperienza di essere in un luogo familiare ma lo ritengono strano e sconosciuto.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Alcune persone mentre guardano la televisione o un film vengono talmente assorbiti dalla storia che divengono inconsapevoli degli eventi che accadono intorno a loro.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Alcune persone vengono talmente coinvolte in una fantasia o in un sogno ad occhi aperti che si sentono come se si svolgesse a loro.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Alcune persone ritengono che a volte sono in grado di ignorare il dolore.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Alcune persone a volte si siedono a guardare nel vuoto, senza pensare a nulla, inconsapevoli del passare del tempo.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Alcune persone a volte quando sono sole parlano ad alta voce a se stessi.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Alcune persone trovano che in una situazione in cui si può agire in modo diverso rispetto ad un'altra situazione, si sentono come se fossero due persone distinte.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Alcune persone sono in grado di fare le cose con sorprendente facilità e spontaneità in situazioni che solitamente è difficile per loro (per esempio, sport, lavoro, situazioni sociali, ecc.)

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Alcune persone a volte non riescono a ricordare se hanno fatto realmente qualcosa o se hanno solo pensato di farlo (ad esempio, non sapere se hanno appena inviato una lettera).

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Alcune persone trovano la prova di aver fatto qualcosa che non ricordano di aver fatto.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Alcune persone a volte trovano scritti, disegni o note che dovevano essere fatti, ma che non ricordano di aver fatto.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Alcune persone trovano che a volte sentono voci nella loro testa che dicono loro di fare cose o commenti sulle cose che stanno facendo.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Alcune persone a volte si sentono come se stessero guardando il mondo attraverso nebbia in modo che le persone e gli oggetti appaiano lontani o poco chiari.
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. The short-form Boundary questionnaire

Il presente questionario ha lo scopo di misurare un indicatore della personalità conosciuto come "confine". Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Ti chiediamo di valutare ognuna delle seguenti affermazioni indicando il valore che più ti rappresenta, tenendo conto che 0 indica "per niente vero per me", 1 indica "falso per me" 2 indica "né falso né vero", 3 indica "vero per me" e 4 indica "molto vero per me". Cerca di rispondere a tutte le istruzioni il più rapidamente possibile.

0 1 2 3 4

Per niente vero per me.....Molto vero per me

- | | |
|---|-----------|
| 1. I miei sentimenti si fondono l'uno nell'altro. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Sono molto vicino ai miei sentimenti infantili. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Sto facilmente male. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Trascorro un sacco di tempo a sognare ad occhi aperti, fantasticare o a sognare. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Mi piacciono le storie che hanno un inizio definito, una parte centrale e una fine. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Una buona organizzazione è quella in cui tutte le linee di responsabilità sono chiaramente definite e precise. | 0 1 2 3 4 |
| 7. C'è un posto per ogni cosa, e tutto dovrebbe essere al suo posto. | 0 1 2 3 4 |
| 8. A volte è pauroso essere troppo coinvolti con un'altra persona. | 0 1 2 3 4 |
| 9. Un buon genitore deve essere anche un po' bambino. | 0 1 2 3 4 |
| 10. Posso facilmente immaginare me stesso come un animale o come potrei essere se fossi un animale. | 0 1 2 3 4 |
| 11. Quando accade qualcosa ad un mio amico o ad una persona che amo, la vivo quasi come se fosse successo a me. | 0 1 2 3 4 |
| 12. Quando lavoro su un progetto, non mi piace legare me stesso in un contorno definito. Piuttosto mi piace lasciare che la mia mente vaghi. | 0 1 2 3 4 |
| 13. Nei miei sogni, le persone a volte si fondono l'una nell'altra o diventano altre persone. | 0 1 2 3 4 |
| 14. Credo di essere influenzato da forze che nessuno può capire. | 0 1 2 3 4 |
| 15. Non ci sono linee di demarcazione nette tra le persone normali, persone con problemi e le persone che sono considerate psicotiche o pazze. | 0 1 2 3 4 |
| 16. Io sono un tipo con i piedi per terra. | 0 1 2 3 4 |
| 17. Penso che mi piacerebbe essere una sorta di artista creativo. | 0 1 2 3 4 |
| 18. Ho avuto l'esperienza di sentire qualcuno che mi chiamasse o di parlar con qualcuno e poi di non esser sicuro che ciò sia successo realmente o sia stato solo da me immaginato. | 0 1 2 3 4 |

7. Mini Locus of Control Scale

Stiamo conducendo un'indagine su vari aspetti della vita quotidiana. Le chiediamo di indicare quanto ciascuna delle affermazioni che seguono é vera per lei oppure no. Per ogni item indichi il suo livello di accordo secondo una scala a 4 punti, in cui 1 indica per nulla d'accordo, 2 poco, 3 abbastanza, 4 completamente d'accordo.

1 2 3 4

Per nulla d'accordo.....Completamente d'accordo

1. C'è chi nasce fortunato e chi no.

1 2 3 4

2. Senza le occasioni giuste, è difficile avere successo nella vita.

1 2 3 4

3. La mia vita è controllata soprattutto dall'influenza esercitata dalle altre persone.

1 2 3 4

4. Sono gli altri che decidono se riesci nella tua vita oppure no.

1 2 3 4

5. Le persone potrebbero fare molto di più, se solo ci provassero veramente.

1 2 3 4

6. Dipende solo da me se riesco a sfruttare le occasioni che la vita mi offre.

1 2 3 4

8: TDRS: Testoni Death Representation Scale

Per cortesia, pensi per un attimo che cosa significa per lei “morte” e “morire” e indichi per ogni affermazione il suo grado di accordo/disaccordo secondo la scala di valutazione sotto indicata.

N.B. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

VALUTAZIONE

1= sono totalmente in disaccordo con questa affermazione

2= sono abbastanza in disaccordo

3= questa affermazione mi lascia indifferente

4=sono abbastanza d'accordo

5= sono totalmente d'accordo

1 La morte è solo un passaggio.

Dopo la mia morte, continuerò ad esistere e mi ricorderò delle esperienze di questa vita.

1 2 3 4 5

2 La morte è annientamento definitivo.

Dopo la mia morte non esisterò quindi non farò alcuna esperienza.

1 2 3 4 5

3 La morte è un cambiamento radicale.

Dopo la mia morte io non sarò più cosciente di essere me stessa/o.

1 2 3 4 5

4 La morte è annientamento definitivo

Dopo la mia morte, anche se gli altri si ricorderanno di me io non mi ricorderò niente.

1 2 3 4 5

5 La morte è solo un passaggio.

Dopo la mia morte, continuerò ad esistere e quindi a fare esperienze.

1 2 3 4 5

6 La morte è un cambiamento radicale.

Dopo la mia morte farò esperienze che non avranno niente a che fare con la vita presente.

1 2 3 4 5

RINGRAZIAMENTI

I miei primi ringraziamenti vanno al mio gentile relatore Enrico Facco che con pazienza e professionalità si è reso disponibile in ogni momento nella stesura della tesi, permettendo la realizzazione della parte sperimentale della ricerca e fornendomi sempre idee interessanti.

Un doveroso ringraziamento va a tutti i partecipanti alla mia ricerca per la loro gentile e piena disponibilità a prender parte dello studio.

Un grazie speciale è diretto al C.I.I.C.S. e a tutti i docenti che ne fanno parte, per i maggiori approfondimenti che mi hanno fornito sull'ipnosi e soprattutto per l'arte che mi hanno insegnato.

Un ringraziamento esclusivo è rivolto ai miei genitori che hanno sempre sostenuto i miei studi e che da sempre credono in me: in particolare, alla mia mamma per aver gioito con me dei miei successi e per avermi consolata dopo le piccole sconfitte; al mio papà per l'affetto e la forza che mi ha sempre trasmesso, nonostante tutti gli impegni e pensieri quotidiani.

Un grazie di cuore va alle mie amiche storiche, Jas, Frenci, Giadi e Ele, per la profonda amicizia che dall'asilo continuiamo a coltivare e per l'indispensabile sostegno che in ogni momento mi offrono; alla mia dolce Alice per avermi insegnato a non arrendersi mai e a rialzarsi sempre dopo ogni difficoltà; a tutti gli altri miei amici e amiche, tra cui Lauri, Fre, Sara, Vale, Siro, Elisa, Erica, Luca, Cri e il suo piccolo Eros...(impossibile nominarli tutti!) per il bene che mi vogliono e per i momenti indimenticabili che abbiamo condiviso e che insieme continueremo a condividere.

Un caloroso ringraziamento è dedicato alla mia numerosa e magnifica famiglia: a mia sorella e a mio cognato per aver messo al mondo la mia splendida nipotina Michelle che riempie il mio cuore sempre di felicità; ai miei zii, cugini e alla nonna Paola per il calore che mi trasmettono ogni giorno e alla mia cugina preferita per il suo appoggio quotidiano e ai suoi meravigliosi bambini.

Un ultimo e infinito ringraziamento è riservato ai miei parenti e amici che oggi non ci sono

più, in particolare al mio nonno Giovanni per avermi fatto capire l'importanza della fede per raggiungere i miei sogni e alla mia Noni, la persona più importante della mia esistenza, per avermi trasmesso fin dalla nascita l'amore più magico e profondo che conosca, per avermi insegnato il valore della vita e soprattutto, per il suo saggio consiglio di “andare sempre avanti e mai indietro”.